



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização  
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Transição para a Parentalidade:  
Intervenção em Enfermagem na Promoção de  
Competências Parentais**

**Carla Filipa Varela Rebeca**

**2013**





## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização  
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

### **Transição para a Parentalidade: Intervenção em Enfermagem na Promoção de Competências Parentais**

**Carla Filipa Varela Rebeca**  
**Relatório de Estágio Orientado por:**  
**Doutora Maria Manuela Soveral**  
**Mestre Sónia Colaço**

**2013**

*“Os pais erram não por não quererem saber,  
mas porque se preocupam excessivamente.*

*Quando educamos,  
estamos a reviver problemas do passado.*

*A paixão gera determinação,  
e esta pode dispensar juízos de valor.”*

**Brazelton, 2010**

## Agradecimentos

À minha Família por serem o meu apoio em especial ao meu irmão Abel, por saber que estará sempre comigo, e aos meus primos de coração Sara e Roberto pelo carinho e afeto.

Aos meus Amigos Patrícia, Guto, Sofia, Daniel, Ana Guedes, Vera, Patri, Gi, Susi, Sara, Paulinha, Tânia, Joana, Natacha, Filipa, Álvaro e Nuno que desde sempre estiveram lá, que me apoiaram, que não me deixaram desistir e acima de tudo que lá permanecem.

Ao Ricardo que apesar de nos encontrarmos em caminhos paralelos continua a ser um dos meus portos seguros.

Às Pessoas que fazem parte da minha vida, às que entraram nela durante este período, mas principalmente às que decidiram ficar!

Aos Pais que durante este meu percurso foram-se sentindo cada vez mais mães e pais e que o partilharam comigo e, que sem eles, a minha transição não seria possível.

À Professora Sónia Colaço, pela tolerância, compreensão, sinceridade e disponibilidade manifestadas durante a orientação tutorial.

À Professora Maria Manuela Soveral pelo seu contributo nesta aprendizagem.

Aos Srs. Enfermeiros Orientadores dos locais de estágio: Enf.<sup>a</sup> Joana Cereja, Enf.<sup>a</sup> Delminda Penedo, Enf.<sup>o</sup> Hugo Pécurto e Enf.<sup>a</sup> Ana Santos Pereira, pela disponibilidade e contributo valioso para o meu desenvolvimento.

À colega e amiga Ana Avó que um dia me disse *“Está quase e temos sido muito importantes uma para a outra”*.

**A todos o meu mais sincero agradecimento.**

## Resumo

O nascimento de um filho é uma etapa importante na vida do Ser Humano, sendo percebido como um momento de mudança onde o desempenho de um novo papel se impõe.

A transição para a parentalidade requer a interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e habilidades, obrigando a mudanças e ajustes para os quais muitos pais não estão preparados.

A experiência profissional, aliada à necessidade do desenvolvimento de competências para Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e o interesse pelas necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade constituíram o cerne de uma *démarche* assente na temática **Transição para a Parentalidade: Intervenção em Enfermagem na Promoção de Competências Parentais**.

O Enfermeiro possui uma posição privilegiada e a capacidade interventiva para facilitar esta transição, através da criação e implementação de estratégias para a promoção e manutenção do exercício do papel parental. Os cuidados prestados tiveram na sua base a filosofia dos Cuidados Centrados na Família e a Teoria das Transições de *Afaf Meleis*.

O estágio foi planeado, ao longo de diferentes contextos da prática clínica, tendo como objetivo promover as competências dos pais na Transição para a Parentalidade, o que simultaneamente possibilitou o desenvolvimento de competências de natureza científica e técnico-relacional no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde infantil e pediatria.

As atividades desenvolvidas permitiram alcançar a generalidade dos objetivos propostos designadamente: a construção e aplicação de instrumentos para a recolha sistemática da informação, a realização de entrevistas, observação de situações significativas com registo de interação e análise das mesmas, assim como, a elaboração de uma proposta de intervenção de Enfermagem na transição para a parentalidade, a implementar em contexto de trabalho.

Os principais resultados obtidos foram o aumento do conhecimento e habilidades para a intervenção sistematizada de enfermagem na transição para a parentalidade, nomeadamente: na compreensão do processo de transição para a parentalidade; na

identificação das necessidades dos pais e dos fatores de risco inerentes a este processo; no estabelecimento e desenvolvimento de uma relação terapêutica, assente em tomadas de decisão partilhadas, e na capacidade para conceber intervenções sistematizadas e baseadas em evidência.

O percurso percorrido permitiu-nos compreender que a transição para a parentalidade é um processo complexo e exigente para os pais, deste modo, as estratégias de facilitação e de *empowerment* implementadas exigem por parte do enfermeiro, conhecimento, empenho, investimento e dedicação.

As competências desenvolvidas ocorreram principalmente, ao nível do domínio da melhoria contínua da qualidade e da assistência à criança e família, na maximização da sua saúde estabelecendo-se com ambos uma parceria promotora da otimização da saúde e da adequação da parentalidade (OE, 2011).

**Palavras-Chave:** Competências; Desenvolvimento Profissional; Transição e Parentalidade.

## Abstract

The birth of a child is an important step in the life of the human being, being perceived as a turning point where the performance of a new role is imposed.

The transition to parenthood requires internalization and learning new knowledge and skills, forcing changes and adjustments for which many parents are not prepared.

The experience, coupled with the need to develop skills for Nurse Specialist Nursing Pediatric and Child Health, and interest in learning needs of parents in transition to parenthood constituted the core of a demarche based on thematic Transition to Parenthood: Intervention Nursing in Promoting Parental Skills.

The nurse has a privileged position and intervention capacity to facilitate this transition, through the creation and implementation of strategies for the promotion and maintenance of the exercise of parental role. The care had its base in the philosophy of the Family Centered Care and the Theory of Transitions *Afaf Meleis*.

The stage was planned, across different contexts of clinical practice, aiming to promote the skills of parents in the Transition to Parenthood, which simultaneously enabled the development of skills in scientific, technical and relational in the provision of care skilled nursing child health and pediatrics.

The activities allowed achieving the generality of the proposed objectives namely: the construction and application of tools for the systematic collection of information, interviews, observation situations with significant record of interaction and analysis thereof, as well as the elaboration of a proposed nursing intervention to facilitate the transition to parenthood, to implement in the workplace.

The main results were the increase in knowledge and skills for the systematic nursing intervention on the transition to parenthood, including: understanding the process of transition to parenthood, in identifying the needs of parents and risk factors inherent in this process , in the establishment and development of a therapeutic relationship, based on shared decision making, and the ability to design interventions based on systematic and evidence.

The trajectory that allowed us to understand that the transition to parenthood is a complex and demanding for parents, thus strategies require facilitation and empowerment implemented by nurses, knowledge, commitment, investment and dedication.

The skills developed mainly occurred at the level of the field of continuous quality improvement and care to children and families in maximizing their health by establishing a partnership with both promoter optimizing the health and fitness of parenting (OE, 2011).

**Keywords:** Skills, Professional Development, Transition and Parenting



| <b>Índice</b>  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| <b>INTRODUÇÃO</b>  | 13          |
| <b>1. A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE UM FOCO SENSÍVEL AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>                         | 15          |
| <b>1.1. Construção de um Projeto de Estágio</b>  | 15          |
| <b>1.2. Uma Conceção de Enfermagem nos Cuidados de Enfermagem na Transição para a Parentalidade</b>            | 21          |
| 1.2.1. Teoria das Transições de <i>Afaf Meleis</i>   | 21          |
| 1.2.2. Transição para a Parentalidade  | 25          |
| <b>2. CONTRIBUTOS DE UM PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EESIP</b>                           | 31          |
| <b>2.1. A organização dos cuidados de enfermagem em SIP</b>  | 31          |
| <b>2.2. Cuidar do RN e a Promoção de Competências Parentais</b>  | 36          |
| <b>2.3. A Relação Terapêutica e os processos de Tomada de Decisão</b>  | 45          |
| <b>2.4. Desenvolvimento de um Programa de Intervenção de Enfermagem na promoção das competências parentais</b> | 49          |
| <b>2.5. Outras Experiências relevantes</b>   | 52          |
| <b>3. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS</b>  | 56          |
| <b>4. CONCLUSÃO</b>  | 61          |
| <b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>   | 63          |
| <b>APÊNDICES</b>   |             |
| Apêndice I - Autodiagnóstico de Competências Profissionais   | 72          |
| Apêndice II – Instrumento de Colheita de Dados na Transição para a Parentalidade                               | 99          |
| Apêndice III - Grelha de Observação dos Comportamentos/Habilidades dos Pais na prestação de cuidados ao RN     | 121         |
| Apêndice IV - Apreciação da Criança e Família numa UCIN  | 125         |
| Apêndice V - Apreciação da Criança e Família numa UCSP   | 159         |
| Apêndice VI – Visita a uma IPSS  | 223         |
| Apêndice VII – Sessão de Educação para a Saúde   | 259         |
| Apêndice VIII - Proposta de um Programa de Intervenção em Enfermagem na Promoção de Competências Parentais     | 303         |

## Índice de Figuras

|   | Pág. |
|---|------|
| <b>Fig. 1.</b> <i>The Mid-range Transition Theory</i> | 25   |

## Lista de Abreviaturas e Siglas

### Abreviaturas

e.g. – por exemplo

etc. – *et cetera* (latim), e outras coisas

h – horas

n.º - número

### Siglas

AMP-P - Atendimento Médico Permanente Pediátrico

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EDIN - *Echelle Douleur Inconfort Nouveau-né*

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FACES - *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

N-Pass - *Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNV - Plano Nacional de Vacinação

RN - Recém-Nascido

ROSP - *Preventive Role Supplementation*

RPCEESCJ - Regulamento dos Padrões dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIE - Sistema de Informação de Enfermagem

SIP – Saúde Infantil e Pediatria

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TIC – Tecnologias de Informação de Comunicação

UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCER - Unidade Curricular Estágio com Relatório

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCN - Unidade de Cuidados Neonatais

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

VD – Visita Domiciliária

## INTRODUÇÃO

A Enfermagem enquanto ciência e profissão é orientada para a compreensão da forma como os seres humanos lidam e vivem os desafios que lhes são colocados pelas diferentes mudanças ao longo do seu ciclo de vida. Enquanto ciência humana possui uma orientação prática, focalizada na promoção dos projetos de saúde que cada Pessoa deseja e persegue (Pereira, 2009). Nesta perspectiva, a transição para a parentalidade representa um foco de atenção para a enfermagem, enquanto transição de desenvolvimento que implica mudanças com repercussões na vida e saúde das pessoas.

A gravidez e o nascimento constituem processos dinâmicos de construção e de desenvolvimento. Estes processos exigem a mudança de identidade, de papéis e das funções dos progenitores (Barros, 2001). A parentalidade tem sido descrita como um dos temas de saúde com maior relevância na sociedade atual. O exercício da mesma possui potencial para influenciar a saúde e bem-estar da criança, denotando-se que a sua ausência ou alteração pode inferir problemas sociais e de saúde no desenvolvimento físico e emocional da criança (Gage, Everett, & Bullock, 2006).

O conhecimento acerca das transições humanas tem-se assumido como um foco central para a Enfermagem. Os enfermeiros, enquanto cuidadores das pessoas e famílias a passar por processos de transição, ajudam a lidar com as mudanças e exigências que se impõem e na adaptação às mesmas, através da preparação para as transições, da avaliação das condições da pessoa para a transição e da suplementação de papéis (Meleis, 2010).

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (SIP), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Tem como objetivo descrever o desenvolvimento do percurso formativo e do processo de aquisição e desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), durante a Unidade Curricular de Estágio com Relatório (UCER).

A temática escolhida assenta em dois dos focos de intervenção do EESIP, nomeadamente: na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, com

orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; e na maximização do bem-estar da criança e sua família garantindo processos de cuidados promotores das suas capacidades de autocuidado, conforme vem mencionado no Regulamento dos Padrões dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (RPCEESCJ) (OE, 2011). Pretendendo-se assim, através da prática clínica e da pesquisa de evidência científica, compreender o processo de **Transição para a Parentalidade** e a **Intervenção de Enfermagem na Promoção das Competências Parentais**.

A UCER decorreu no período de 1 de Outubro de 2012 a 15 de Fevereiro de 2013, nomeadamente: numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), numa Unidade de Cuidados Neonatais (UCN), e num serviço de Atendimento Médico Permanente Pediátrico (AMP-P). A seleção dos locais de estágio teve como principais critérios o desenvolvimento do projeto e os normativos impostos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para a obtenção do título de EESIP.

Este relatório encontra-se dividido em quatro partes. A primeira parte inicia-se com a justificação do tema e respetiva fundamentação teórica, baseada na revisão bibliográfica e na evidência científica. Na segunda parte é efetuada a análise e reflexão sobre os contributos do percurso realizado numa perspetiva desenvolvimental pessoal e profissional. Na terceira realiza-se a avaliação das aquisições efetuadas, com especial relevo para as competências do Enfermeiro Especialista (EE) e das específicas de EESIP. Por último, na conclusão apresentam-se as considerações finais do percurso formativo, sendo apresentadas no final as referências bibliográficas e os apêndices.

## **1. A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE UM FOCO SENSÍVEL AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

No contexto da parentalidade procura-se promover os processos de adaptação, satisfazer as necessidades dos pais e a sua máxima independência na realização das atividades no cuidar dos seus filhos e para tomar decisões. Obtendo-se assim, a adaptação funcional aos défices de conhecimentos e capacidades, bem como a adaptação aos múltiplos fatores intervenientes no processo de transição, através da aprendizagem (OE, 2002). Neste enquadramento a parentalidade emerge como um foco de atenção relevante para a Enfermagem (ICN, 2011).

A noção de sensibilidade não sendo exclusiva da enfermagem prevê uma dimensão individual dos projetos de saúde. Os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem pressupõem evoluções positivas ou modificações no estado dos diagnósticos de enfermagem após as intervenções consideradas (Pereira, 2004). A parentalidade enquanto foco de atenção sensível aos cuidados de enfermagem surge associada a dois diagnósticos principais: disponibilidade para a parentalidade, parentalidade comprometida e/ou risco de compromisso no desempenho do papel parental. Como resultados esperados pretende-se que os pais adquiram conhecimentos e desenvolvam habilidades no desempenho do seu papel parental (ICN, 2011).

Neste capítulo pretendemos justificar a escolha desta problemática através da revisão da literatura, da definição dos principais conceitos e da evidência científica, no âmbito da Transição para a Parentalidade, limitada ao 1º mês de vida do Recém-Nascido (RN). Dando a conhecer o modelo concetual designado pela Teoria das Transições de *Afaf Meleis*, selecionado pelo facto de na sua conceção a autora ter como um dos principais pressupostos a transição enquanto conceito central para a Enfermagem e orientar para a intervenção de enfermagem neste âmbito.

### **1.1. Construção de um Projeto de Estágio**

No âmbito da unidade curricular (UC) Opção II, e inserido no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de SIP, foi-nos proposta a elaboração de um projeto utilizando a metodologia de projeto, com o intuito de se constituir como instrumento orientador do percurso formativo.

Na base da escolha do tema do projeto estiveram várias determinantes, nomeadamente: a experiência profissional prévia, a necessidade de aquisição e desenvolvimento de competências profissionais e o interesse pelas necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade.

A “prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento” (Benner, 2001, p. 12), isto é, o conhecimento nasce da prática e esta cria conhecimento. Na nossa prática diária assumimos e assumiremos a defesa dos direitos humanos, promovendo o respeito pelos direitos da criança, do adolescente e sua família no acesso à informação, respeitando a sua privacidade, os seus valores e costumes, promovendo a confidencialidade e segurança (OE, 2011). No exercício da profissão colaborámos em programas de melhoria contínua da qualidade, coordenámos equipas de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e seus colaboradores, tendo com estas atividades desenvolvido a capacidade de liderança e a gestão dos recursos face às situações e ao contexto (OE, 2011).

Ao longo do percurso profissional fomos tornando elementos de referência na promoção da formação de pares e outros profissionais, frequentando o curso de formação para formadores, ministrando formação em contexto de trabalho e participando na orientação e supervisão de alunos em ensino clínico assumindo a responsabilidade enquanto agentes facilitadores da aprendizagem (OE, 2011).

A nossa experiência profissional prévia decorreu maioritariamente na área de intervenção de SIP, pelo que, assistimos a criança, o jovem e sua família na maximização da sua saúde, cuidando de ambos em situações de especial complexidade e prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2011).

Depois de realizar e analisar o instrumento de autodiagnóstico de competências profissionais proposto na UC Opção II, concluímos que nos encontrávamos, de acordo com *Benner* (2001), de um modo geral ao nível de competente, proficiente e nalguns casos de perito (Benner, 2001), no desenvolvimento das competências de EE, nomeadamente, EESIP discriminadas nos Regulamentos n.º 122/2011 e n.º 123/2011, da OE, tal como identificado e relatado no documento de autodiagnóstico de competências em anexo (Apêndice I). Face a este autodiagnóstico emergiu a necessidade de investir ao nível das unidades de competência onde nos consideramos ao nível de competente e proficiente. Designadamente: demonstrar



tomada de decisão ética; avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado; planejar e liderar programas de melhoria; suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade e ainda prover a liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (OE, 2011). No âmbito da SIP: implementar e gerir em parceria um plano de saúde promotor da parentalidade; diagnosticar situações de risco que possam afetar a vida da criança e família; providenciar cuidados promotores da majoração dos ganhos em saúde; promover o crescimento, desenvolvimento infantil e a vinculação (OE, 2011).

A competência desenvolve-se através do confronto entre os conhecimentos adquiridos pela formação e a experiência prática sob a forma de exercício reflexivo, sendo a própria reflexão uma forma de desenvolvimento. Numa perspectiva autoformativa a experiência deve ser concetualizada e refletida para ser formativa, sendo a reflexão um meio que permite desenvolver uma aprendizagem permanente nas situações profissionais (Barroso & Canário, 1999). Através dela aprendemos a agir, a partir de uma compreensão profunda da situação global (Benner, 2001) constituindo-se como o ponto de partida para o desenvolvimento pessoal e profissional.

No que se refere ao interesse pelas necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade, constatamos no exercício profissional numa unidade de urgência, que existe um número significativo de pais que se dirige à unidade de atendimento permanente por insegurança no desempenho do seu papel parental, manifestado por falta de conhecimentos e preocupações relacionadas com situações benignas e que decorrem do cuidado parental. O período neonatal é o mais expressivo, por ser uma fase fulcral de adaptação ao novo papel, este período é reconhecido por vários autores como um momento formativo importante para a evolução do sistema familiar em que, quer o RN, quer os pais, se encontram particularmente recetivos (Gomes Pedro, 1985; Klauss & Kennell, 1981). Neste sentido, *Nugent* e *Brazelton* (1989) defendem que o período neonatal é o momento crítico para a intervenção, durante o qual são possíveis mudanças profundas no modo de funcionamento da família, à medida que se inicia a integração da nova criança no seu seio.

O estágio teve como objetivo geral e transversal a todos os contextos: Promover as Competências dos Pais na Transição para a Parentalidade.

O desenvolvimento desta área temática centrou-se assim, na intervenção do enfermeiro na promoção das competências parentais dos pais de crianças no primeiro mês de vida, mais precisamente no processo de transição para a parentalidade.

A Parentalidade pode ser definida como a ação de

tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (ICN, 2011, p. 66).

A transição para a parentalidade é um fenómeno complexo que requer a interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e a aquisição de novas habilidades para assumir esse mesmo papel (Vieira, Martins, Macedo, & Guerra, 2008). Sendo a transição uma passagem de um estado, condição ou lugar para outro (Chick & Meleis, 1986, p. 239) implica mudanças no estado de saúde, papéis desempenhados, expectativas de vida, habilidades socioculturais e capacidade de gestão das respostas a essas transformações (Meleis, 2010).

O foco de atenção do enfermeiro deve centrar-se na facilitação das transições “despoletadas por uma mudança no estado de saúde, no papel no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades” (Silva, 2007, p. 15) das pessoas para se ajustarem à nova realidade. Assumindo assim, um papel de facilitador na capacitação e no *empowerment* dos pais nos cuidados à criança, remetendo para um conceito de ajuda que engloba um conjunto de estratégias de compreensão, percepção e de relação.

A facilitação constitui um processo dinâmico, orientado por objetivos no qual os participantes aprendem de forma colaborativa, por meio da reflexão crítica dentro de uma atmosfera de respeito mútuo (McIlrath, 2005). O conceito de *empowerment* apesar de muitas vezes estar relacionado com a atribuição de poder envolve o princípio de participação e partilha de poder na tomada de decisões. Através da ação, da informação e do desenvolvimento do sentimento de utilidade (Dooher & Byrt, 2005). Desta forma, o enfermeiro só depois de conhecer as capacidades e necessidades dos pais poderá responder às mesmas, promovendo os processos de

adaptação, e a máxima independência na realização das atividades no cuidar dos seus filhos, suprimindo os défices de conhecimentos e aumentando as suas capacidades e habilidades. A investigação sugere que os pais sentem/referem as seguintes necessidades: falta de conhecimento nos cuidados aos RN (Aston, 2002), necessidade de aprendizagem para se adaptarem a este novo papel (Sword & Watt, 2005), necessidade de aprendizagem sobre o que está certo e errado, dos fatores que contribuem para o desenvolvimento correto do RN (Svensson, Barclay, & Cooke, 2006), necessidade de informação sobre o comportamento esperado do RN (Spielman & Taubman-Ben-Ari, 2009), necessidade de saber lidar com sentimentos negativos como a irritabilidade e a falta de atenção entre o casal e para com o RN (Halford, Petch, & Creedy, 2009), necessidade de demonstração prática de cuidar do RN (e.g., regurgitação, sono e amamentação) (Serçekus & Mete, 2010; Smith & Schub, 2011) e a necessidade de perceber o decurso dos declínios no funcionamento do relacionamento entre o casal após o nascimento do RN (Mortensen, Torsheim, Melkevik, & Thuen, 2012).

O conhecimento destas necessidades e o reconhecimento dos pais como principais cuidadores são elementos fulcrais nas orientações da intervenção do enfermeiro, devendo privilegiar na sua atuação prioritária a estimulação do papel parental (DGS, 2005).

A evidência científica orienta-nos para a melhor intervenção do enfermeiro, na resposta eficiente a estas necessidades. As principais intervenções surgem em três vertentes, designadamente, na implementação de programas educativos, a visita domiciliária (VD) e uso da *internet*.

A participação em programas educativos permite desenvolver competências parentais através de métodos ativos de treino como a modelagem, o *coaching*, o ensaio, o *feedback*, a definição de metas e a resolução de problemas (Fujiwara, Kato, & Sanders, 2011; Peterson & Luze, 2007). Como exemplo encontramos o estudo de Swendsen, Meleis, & Jones (2010) relativo a um programa preventivo de suplementação (*Preventive Role Supplementation* (ROSP)), que tinha como objectivo apoiar e cuidar de casais em processo de transição e promover a expressão de sentimentos e preocupações dos pais. A comunicação e a interação foram ferramentas fundamentais para a integração e interiorização do papel parental (Meleis & Swendsen, 1977), *apud* Meleis (2010).

A VD pode ser por si só uma intervenção, permitindo ao enfermeiro conhecer o contexto onde a família vive e que necessidades detêm, assim como, os recursos e apoios de que a família dispõe e que poderão ajudar a fazer face às dificuldades apresentadas. A VD possibilita ainda, uma relação próxima com as pessoas e melhorar as interações pais-filhos, gerando práticas parentais que facilitam o desenvolvimento da criança (Peterson & Luze, 2007). É fundamental para o enfermeiro criar ambientes que suportam e estimulam a participação dos pais no processo de cuidar promovendo assim, a auto capacitação e confiança (Domian, Baggett, Carta, Mitchell, & Larson, 2010).

Outra das intervenções sugeridas na evidência científica é o uso da *Internet*, das Tecnologias de Informação e de Comunicação (TIC). Vários estudos concluem que através do *email* ou *internet*, o enfermeiro pode facilitar o acesso dos novos pais a conhecimentos úteis e dar apoio indo ao encontro das expectativas dos mesmos (Fletcher, Vimpani, Russell, & Keatinge, 2008). Os resultados dos estudos sugerem que a educação sobre cuidados com RN através das TIC pode contribuir para o aumento de conhecimentos e da confiança materna (capacidade percebida de cuidar e compreender o seu filho (Zahr, 1993; Kuo, Chen, Lin, Lee, & Hsu, 2009). Outros estudos referem que a educação sobre cuidados neonatais através da *Internet* é possível e pode ser mais prevalente no futuro (Kuo, Chen, Lin, Lee, & Hsu, 2009).

A ação de educação para a saúde é outra estratégia que tem como objetivo capacitar indivíduos ou grupos para melhorar as condições de saúde das populações (Redman, 2001). A abordagem centrada na família e no ciclo de vida, enfoque no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004/2010, faculta orientações estratégicas com vista à obtenção de mais saúde para todos (DGS, 2004), centralizando a ação em momentos especiais da vida das pessoas, nomeadamente “o nascer”. Este é considerado o momento de excelência para realizar educação para a saúde (DGS, 2004).

O modelo de Cuidados de Enfermagem Holísticos e o de Cuidados Centrados na Família reconhecem a família como central na vida da criança, e apresentam como seus precursores conceitos como a participação, o envolvimento parental e a parceria nos cuidados (Casey, 1995). Neste sentido, o reconhecimento das

necessidades dos pais é essencial para uma intervenção individualizada, capaz de desenvolver respostas adaptativas eficazes à manutenção do papel parental.

O atual Programa-tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil, aliado ao aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias e à redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida favorece o desenvolvimento do exercício da parentalidade e torna possível que os pais e as famílias o assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-lo e promovê-lo (DGS, 2005).

Os ganhos em saúde relacionados com o desenvolvimento da criança advêm cada vez mais do ensino, instrução, treino de capacidades e da transmissão de informação acerca do comportamento do RN. Facultando estratégias aos pais para interagir e cuidar do seu filho, o que permitirá que as mães e os pais se tornem mais confiantes e competentes no seu papel (Meleis & Swendsen, 1977), *apud* Meleis (2010), obtendo como resultado final primordial deste processo, a capacidade parental (ICN, 2011). Ao negociar com os pais o enfermeiro promoverá a satisfação, autoestima e o desenvolvimento de competências (Vieira, Martins, Macedo, & Guerra, 2008), pelo que, o mesmo deve assim, assistir a criança e sua família na maximização da sua saúde, constituindo-se a mesma como uma área de competência do EESIP (OE, 2011).

Uma vez explanada a área temática do projeto passaremos ao desenvolvimento do quadro concetual que o sustentou.

## **1.2. Uma Conceção de Enfermagem nos Cuidados de Enfermagem na Transição para a Parentalidade**

O projeto foi norteado pela teoria das Transições de *Afaf Meleis*, tendo como pressupostos: a transição, enquanto conceito central para a enfermagem e os enfermeiros como agentes facilitadores da transição (Meleis & Trangenstein, 1994).

### **1.2.1. Teoria das Transições de *Afaf Meleis***

A Teoria das Transições de *Meleis* permite ao enfermeiro uma melhor compreensão do processo de transição e as suas implicações para a saúde das pessoas, assim como, dos modos de intervenção para facilitar a transição. A Teoria proporcionou-nos uma visão mais aprofundada, estabelecendo orientações para a prática

profissional, na medida em que, permite pôr em prática estratégias de prevenção, e intervenção terapêutica, face à transição que a pessoa vivencia (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

O conceito de transição implica uma mudança ao nível dos papéis sociais desempenhados, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais e na capacidade de gestão das respostas a estas transformações, e.g., tomar conta de um filho (Meleis, 2010).

O cliente é um ser humano com necessidades, em constante interação com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às suas alterações. Mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade experimenta, ou está em risco de experimentar, um desequilíbrio (Meleis, 2005). Sendo o ambiente, os diferentes contextos (familiar, profissional, etc.) onde o cliente interage. O curso da transição varia de acordo com as condições que o ambiente oferece (Meleis, 2005).

A saúde reveste-se de dinamismo desafiando o enfermeiro a desenvolver processos capazes de ajudar os clientes a mobilizar todos os seus recursos internos e do meio envolvente, por forma a reconstruir o seu conceito acerca do seu estado de saúde. Alicerçada nas capacidades de lidar de forma eficaz com os desafios que se lhe colocam e desenvolver sentimentos de autocontrolo durante as transições (Meleis, 2005).

As terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma ação preventiva e/ou interventiva ao longo do processo de transição que é antecedida pela compreensão do mesmo. As terapêuticas de enfermagem podem ser mobilizadas considerando o tipo, os antecedentes e as consequências das transições, procurando o sentido e a intencionalidade colocada nas intervenções e atividades de enfermagem (Meleis, 2010).

*Meleis* (2010) analisando vários estudos desenvolveu uma teoria de médio alcance que descreve a natureza (tipo, padrões e propriedades), as condições (facilitadoras e inibidoras), os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) e as terapêuticas de enfermagem (intervenções e atividades), face a uma situação de mudança (fig.1).

As transições podem ser de quatro tipos: desenvolvimentais (associadas a mudanças no ciclo vital); situacionais (relacionadas com acontecimentos que originam alterações de papéis); saúde/doença e organizacionais. Os padrões das

transições devem incluir se o cliente está a experienciar uma única ou múltiplas transições e sendo múltiplas é importante considerarmos se são sequenciais ou simultâneas (Meleis, 2010).

As transições são complexas e multidimensionais. Assim sendo, *Meleis* (2010) identifica as propriedades que as constituem, nomeadamente: consciência; envolvimento; mudança e diferença; duração da transição; e ainda acontecimentos e pontos críticos. A consciência está relacionada com a percepção, o conhecimento, e o reconhecimento da experiência de transição. O envolvimento pode ser definido como o grau em que o cliente se encontra envolvido no processo inerente à transição.

Todas as transições envolvem mudança, no entanto, nem todas as mudanças estão relacionadas com transição. Para compreender o processo de transição é necessário descobrir e descrever os efeitos e os significados das mudanças envolvidas (Meleis, 2010).

As transições são caracterizadas por fluxo e movimento ao longo do tempo. Estendem-se desde os primeiros sinais de antecipação/percepção de mudança através de um período de instabilidade, confusão e angústia, para um eventual “fim” com um novo começo ou período de estabilidade. Algumas transições estão associadas a um evento marcante - acontecimento e/ou ponto crítico, como e.g., o nascimento (Meleis, 2010).

As condições que influenciam a transição são pessoais e ambientais. Estas facilitam ou dificultam o progresso para alcançar uma transição saudável. As condições pessoais são: os significados (atribuídos a um evento – precipitam o processo de transição em si mesmo); as crenças e atitudes culturais; o estatuto socioeconómico; e a preparação e o conhecimento (a antecipação facilita a experiência da transição, enquanto a falta de preparação é um fator inibidor) (Meleis, 2010).

As condições da comunidade/sociedade referem-se aos recursos que a comunidade/sociedade podem oferecer (Meleis, 2010).

*Meleis* (2010) refere que perante uma determinada transição esperam-se alguns padrões de resposta por parte do cliente, estes padrões incluem indicadores de processo e de resultado. Os indicadores de processo incluem sentir-se ligado, interagir, localização e estar situado, e ainda, desenvolver confiança e estratégias de *coping*. Os contactos pessoais são a primeira fonte de informação, e.g., os serviços

de saúde. Sentir-se ligado a profissionais de saúde que possam responder a questões e com quem se sentem ligados é um indicador importante de uma transição saudável. Através da interação, o significado da transição e dos comportamentos desenvolvidos na resposta para a transição são descobertos, clarificados e reconhecidos. A localização é importante para a maioria das experiências de transição, embora possa ser mais óbvio em algumas do que noutras (e.g., a imigração). Outra dimensão que reflete a natureza do processo de transição é o aumento no seu nível de confiança. O desenvolvimento de confiança manifesta-se no nível de compreensão dos diferentes processos inerentes ao diagnóstico, tratamento, recuperação, nível da utilização de recursos e no desenvolvimento de estratégias de *coping* (Meleis, 2010).

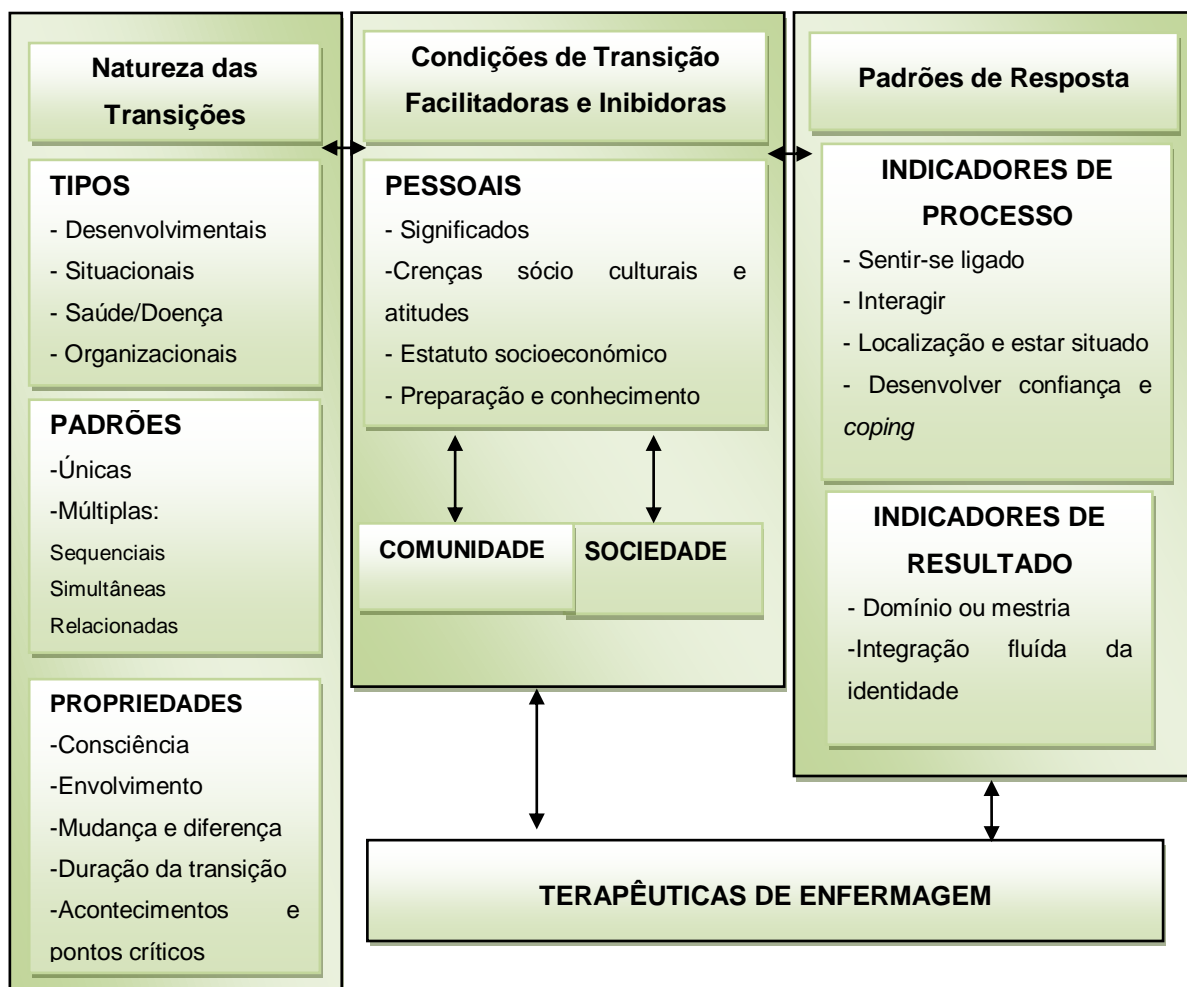
No que se refere aos indicadores de resultado temos o domínio de novas habilidades para gerir a transição e o desenvolvimento de uma identidade integrativa (Meleis, 2010). O domínio ou mestria inclui as competências necessárias para alcançar determinada situação (e.g., interpretação de sintomas, tomar decisões, etc.). A integração fluída da identidade tem sido caracterizada como a reformulação de identidade. Quando estes aspetos são alcançados, tal como o nome indica (indicadores de resultado) poder-se-á considerar que a transição ocorreu (Meleis, 2010).

A determinação de quando a transição está completa tem de ser flexível e variável, dependendo do tipo de mudança ou do evento que deu início à transição. Uma característica importante da transição é que é essencialmente positiva, ou seja, completar uma transição implica que o cliente chegou a um período de maior estabilidade em relação ao período passado (Meleis, 2010).

A compreensão das propriedades e condições inerentes no processo de transição leva ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem, que estão em congruência com as experiências únicas dos clientes e suas famílias, promovendo respostas saudáveis às transições. As terapêuticas de enfermagem devem proporcionar conhecimento e *empowerment*, conduzindo ao restabelecimento da sensação de bem-estar, através do desenvolvimento de cuidados de enfermagem congruentes (Meleis, 2010).

Em suma, como síntese explicativa do que foi sendo dito temos o seguinte esquema.





**Fig 1. The Mid-range Transition Theory**  
(Meleis, 2010, p. 56) (tradução da autora)

A Teoria fornece assim a estrutura para entender situações complexas, tais como os processos e as respostas de clientes vulneráveis perante as transições (Meleis, 2010), e como exemplo temos os clientes que enfrentam o processo de transição para a parentalidade.

### 1.2.2. Transição para a Parentalidade

A transição para a parentalidade é o mais importante acontecimento de desenvolvimento na vida adulta, tornar-se mãe e pai envolve a transferência de uma realidade conhecida e atual para uma desconhecida e nova. Esta transição requer metas de reestruturação, comportamentos e responsabilidades para alcançar uma nova concepção do *self* (Mercer, 2010). Pode ser considerada uma transição de

desenvolvimento, porque compreende um período de transição da vida, envolvendo o ciclo vital; e/ou situacional, pois a parentalidade implica redefinição de papéis (tipo) (Meleis, 2010). Decorre num período de tempo variável (duração) e implica envolvimento e passagem de um estado para o outro (mudança) (Meleis, 2010). Nesta transição ocorre uma mudança para o papel de pais, que passam a relacionar-se de modo diferente entre si e com a própria sociedade, assumindo uma nova identidade social, perante a qual são esperados comportamentos adequados de cuidado à criança (Stern & Stern, 2000).

A transição para a maternidade/parentalidade envolve dois processos: o envolvimento definido como fazer através da relação e do contato direto no cuidado da criança, e o *empowerment* da mulher por parte de outrem, promovendo o crescimento e a transformação da mesma em como se tornar mãe. A transição para a maternidade é um compromisso intenso e de participação (Mercer, 2010).

As condições que facilitam ou dificultam a transição para a parentalidade são: o significado que a parentalidade tem para os pais (e.g., uma gravidez não planeada ou uma mãe que teve história de outros abortos espontâneos ou doença. A transição através dos estádios para o desenvolvimento de uma identidade materna pode ser adiada). As crenças e atitudes, o estatuto socioeconómico (clientes com baixo estatuto são mais propensos a apresentar sintomas psicológicos podendo atuar como fator inibidor durante a transição), e a preparação e conhecimento sobre a mesma (informação relevante obtida através de profissionais de saúde ou outras fontes de informação insuficiente ou contraditória).

A própria comunidade e sociedade poderão facilitar ou dificultar esta transição. Tais como: o suporte familiar, os modelos que os pais poderão ou não possuir (assim como as redes de apoio), o nível socio-educacional e cultural a que os pais pertencem, além da existência de comportamentos estereotipados. São alguns exemplos de fatores que poderão influenciar o decurso desta transição (Meleis, 2010). A sociedade espera que os pais cuidem dos seus filhos durante um período significativo das suas vidas e providenciem contextos conducentes de um desenvolvimento favorável da criança. No entanto, o desempenho desta tarefa exige mudanças significativas na vida dos clientes, podendo colocar em risco o equilíbrio e o bem-estar da família (Soares, 2008).

Segundo Cruz (2005) as funções da parentalidade são a “satisfação das necessidades mais básicas”; “disponibilizar à criança um mundo físico organizado e previsível”; “necessidades de compreensão cognitiva das realidades extrafamiliares”; “satisfazer as necessidades de afecto, confiança e segurança”; “necessidades de interacção social da criança” (Cruz, 2005, p. 14). Para além destas funções, de acordo com *Parke & Buriel* (1998), os pais também desempenham papéis diversos, nomeadamente, como parceiros de interacção, instrutores directos na preparação e disponibilização de oportunidades de estímulo e aprendizagem.

Para uma melhor compreensão do conceito da parentalidade é importante analisar as três componentes que a integram, nomeadamente, os comportamentos, as cognições e os afetos (Cruz, 2005).

A integração do papel parental exige por parte dos pais diferentes respostas comportamentais, emocionais e cognitivas. Estas respostas implicam uma adaptação e reorganização específica nomeadamente, conhecimentos e experiência (Cruz, 2005). Para que se sintam ligados, possam interagir e se sintam situados, desenvolvendo a sua confiança (indicadores de processo) (Meleis, 2010).

À medida que os filhos se desenvolvem, os pais vão necessitar de uma adaptação contínua que implica gestão de novos sentimentos, comportamentos e preocupações (Soares, 2008). As várias etapas, correspondentes à idade da criança, têm sido descritas como marcos para a adaptação do comportamento parental.

O primeiro ano de vida corresponde ao período em que a função parental se baseia, essencialmente, na satisfação das necessidades básicas da criança para lhe proporcionar bem-estar e promover o seu desenvolvimento (Bornstein, 1995). A interacção estabelecida durante este período permitirá a partilha de sentimentos e afetos entre os pais e a criança, sendo uma fase importante para o desenvolvimento da “*confiança básica*” descrita por *Erikson* em 1976 (Cruz, 2005).

Outra componente que integra a compreensão do conceito da parentalidade está relacionada com o modo como os pais comunicam e interagem com os filhos (indicadores de processo) (Meleis, 2010), onde se destacam a personalidade, as atitudes, as crenças e os modelos de representação (Soares, 2008).

O modelo ecológico de desenvolvimento humano de *Urie Bronfenbrenner* traduz um desses modelos de representação, dando enfoque à ação dos diversos sistemas

(micro, meso, exo e macrosistema) no comportamento criança. Constituindo um marco na compreensão do processo interativo e da sua influência no desenvolvimento, sendo identificada a importância da família e da comunidade no desenvolvimento da criança (Papalia, Olds, & Feldman, 2001).

A família foi, é e será a unidade grupal onde se vivem os extremos da vida, nomeadamente, o nascimento e a morte. Esta assume diversas funções, como a socialização da criança, a satisfação das suas necessidades sociais, económicas e sexuais, promovendo a construção da sua identidade e concomitantemente, a sua autonomia (Osório, 1996).

Cruz (2005) destaca ainda, as relações emocionais precoces com os próprios pais como determinantes do modo como estes irão exercer a sua parentalidade. A vinculação pode assim ser entendida como o processo pela qual o cliente estabelece uma ligação afetiva privilegiada e duradoura com a figura que lhe dispensa os cuidados maternos (Ainsworth, 1989). É um dos processos críticos da parentalidade em que a relação emocional desenvolvida nos primeiros anos de vida é fundamental, porque será uma estrutura básica que servirá de referência (Soares, 2008).

*Bowlby* verificou que as respostas da vinculação evoluem à medida que a criança ganha novas competências, estabelecendo quatro fases distintas da vinculação, nomeadamente: na 1.<sup>a</sup> fase também denominada de Orientação e sinais com discriminação limitada da figura (0-8/12 semanas de idade). Nesta fase é importante a presença contínua de uma figura de vinculação e que as separações sejam breves. Embora o RN ainda não tenha capacidade para discriminar figuras, tem uma orientação especial para os seres humanos, são exemplos de comportamento de vinculação: sorrir, agarrar, seguir e palrar. Na 2.<sup>a</sup> fase, Orientação e sinais dirigidos para uma ou mais figuras discriminadas (3-6 meses). A 3.<sup>a</sup> fase denominou de Manutenção de proximidade com uma figura discriminada através da locomoção e sinais (6-24 meses). E uma 4.<sup>a</sup> fase referente à Formação de uma relação recíproca corrigida para objetivos (a partir 24 meses) (Bowlby, 2002).

No âmbito da transição para a parentalidade, no 1º mês de vida do RN é dado ênfase aos comportamentos interativos da 1ª fase, sendo estes incitadores da resposta materna e facilitadores da relação do RN com a mãe (Bowlby, 2002).

Neste sentido, a adaptação à parentalidade surge como uma necessidade premente no processo de transição para a parentalidade, sendo necessário que os pais demonstrem “comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe, interiorizando expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados” (ICN, 2011, p. 37). Este processo pode levar ao aparecimento de sentimentos de insegurança, dificuldade, incapacidade, tensão emocional e ansiedade. Os quais podem comprometer a saúde da criança e dos próprios pais, nomeadamente, ao nível da qualidade da interação mãe e filho e dos laços vinculativos estabelecidos, especialmente na 1ª fase do processo de vinculação (Soares, 2008).

As estratégias utilizadas para iniciar este processo incluem: estar pronto; lidar com a realidade (inicia-se durante a gravidez e estende-se até ao período pós-parto); ajustar-se à realidade (inicia-se no nascimento e prolonga-se até ao momento em que se sentem confortáveis e confiantes na prestação de cuidados ao filho sendo capaz de tomar decisões); e sonhar com essa realidade (pais sonham com o passado reportando-se à própria infância) (Mercer, 2010). Estas estratégias podem constituir um caminho para a concretização da identidade maternal e parental.

A identidade parental é construída de acordo com 4 fases: a fase antecipatória (os pais começam a experimentar o papel e adaptam-se às mudanças sociais e psicológicas); a fase formal (começa com o nascimento do RN e com a adaptação ao papel de acordo com o que é socialmente aceite - expectativas dos outros); a fase informal (os pais desempenham o seu papel como uma forma única de lidar com o seu RN); e a fase de identidade do papel (os pais sentem confiança e competência no desempenho do seu papel (Mercer, 2002), atingindo o domínio ou mestria e integrando esta nova identidade - indicadores de resultado) (Meleis, 2010).

A assistência à família ao longo do seu ciclo de desenvolvimento, nomeadamente, nas etapas significativas da vida dos seus elementos - tornar-se mãe e tornar-se pai, surge como uma prioridade para o enfermeiro (Meleis, 2010). Este deverá ser facilitador das transições e promotor da adaptação da família, pois são as respostas humanas às transições geradas pelos processos de desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação, o objeto da enfermagem avançada (Silva, 2007), sendo uma das áreas de competência do EESIP (OE, 2011).

Segundo Meleis (2010), a base conceptual de intervenção de enfermagem para a capacitação dos pais é a suplementação de papéis (*role supplementation*). A suplementação de papéis surge como ação preventiva e interventiva, no sentido de ajudar a pessoa que não está preparada para a experiência da transição de papéis e para as implicações relacionadas com o ambiente (insuficiência de papel – *role insufficiency*).

A suplementação de papéis surge assim como um processo deliberado pelo qual a insuficiência de papel ou a potencial insuficiência é identificada pelo próprio ou pelos outros. Assume também a forma de transmissão de informação ou experiência necessárias para trazer ao próprio e aos outros a plena consciência de padrões de comportamentos antecipados, sentimentos, sensações e objetivos (Meleis, 2010). A suplementação é preventiva quando é usada para clarificar papéis (antecipa a transição) ou terapêutica quando a insuficiência de papel se manifesta (Meleis, 2010).

Os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente e família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as transições acarretam nas suas vidas. E desta forma prepará-los para melhor lidar com essas transições, através da aprendizagem e consequente, aquisição de novas competências (Meleis, 2010).

Meleis (2005) aponta ainda para a necessidade do enfermeiro aumentar o seu conhecimento sobre os princípios que governam a visão e a abordagem dos clientes, para que os cuidados prestados sejam congruentes com os seus valores e crenças, e mobilizem as estratégias mais adequadas para melhorar o conforto, o bem-estar e o autocontrolo dos clientes.

No sentido de alcançar uma nova conceção do *self* dos pais, na transição para a parentalidade, a suplementação de papel é operacionalizada através de componentes, estratégias e da comunicação. As componentes são a clarificação e tomada de papéis; as estratégias são a modelagem, o ensaio de papel e as interações com grupos de referência (Meleis, 2010) que vão de encontro às intervenções consubstanciadas pela evidência científica previamente enunciada.

Uma vez conhecidos os elementos que integram a transição, para a parentalidade, procederemos à reflexão e análise do percurso desenvolvido durante a UCER.

## **2. CONTRIBUTOS DE UM PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EESIP**

A competência mobiliza o conhecimento, a integração de comportamentos e atitudes, bem como a sua transposição na ação, requerendo o reconhecimento desta competência pelo próprio e pelos outros na ação (Le Boterf, 2005). Ao longo do percurso traçado procurámos construir conhecimento através de um papel ativo na nossa aprendizagem. Este percurso permitiu-nos alargar horizontes, traçar objetivos e realizar atividades dentro desta área específica de atuação.

Neste capítulo faremos a descrição e análise do percurso desenvolvido durante a UCER, encontra-se dividido em três subcapítulos referentes às principais áreas de desenvolvimento, nomeadamente: organização e gestão dos cuidados de enfermagem; prestação de cuidados de enfermagem ao RN e sua família; desenvolvimento da relação terapêutica e dos processos tomada de decisão nos diferentes contextos da prática clínica. Por fim, abordaremos a proposta de intervenção construída e que pretendemos implementar no local onde exercemos funções, assim como outras aprendizagens relevantes efetuadas neste percurso formativo.

### **2.1. A organização dos cuidados de enfermagem em SIP**

Um dos desafios da UCER foi a diversidade de contextos da prática clínica. Uma vez selecionados surge a necessidade de os conhecer, pois como referido pela OE “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EESIP contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, tal como enunciado nos Padrões de Qualidade da OE” (OE, 2011, p. 12).

Os elementos que garantem a qualidade dos cuidados de enfermagem de acordo o RPCEESCJ são: a existência de um quadro de referência orientador da prestação de cuidados centrados na família; a existência de guias orientadores de boas práticas; a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, as necessidades da criança e do jovem, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem; a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do seu exercício profissional; a satisfação dos clientes; a dotação de enfermeiros; a existência de uma política de formação

continua promotora do desenvolvimento profissional; e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2011).

Em cada contexto da prática clínica procurámos conhecer e analisar estes elementos, ou pelo menos a sua maioria. Para tal realizámos uma visita guiada com a Enfermeira Orientadora, pelos diferentes serviços; uma entrevista à Enfermeira Orientadora contemplando estes conteúdos e a consulta de documentos acerca da dinâmica orgânico-funcional dos contextos da prática clínica (guia de acolhimento e o manual de integração a novos enfermeiros).

Em todos os contextos o quadro de referência orientador do exercício profissional dos enfermeiros é o dos Cuidados Centrados na Família, identificando-se como quadro concetual norteador dos cuidados de Enfermagem os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE. De um modo transversal em todos existem manuais/guias de boas práticas de forma a orientar a prestação de cuidados de enfermagem, o que reflete que existe a preocupação na sua construção (OE, 2011). No que se refere aos registos, não tínhamos a noção da diversidade de sistemas de informação existentes nos diferentes contextos. Todos possuíam sistemas de informação, o que traduz atualização e adesão às novas TIC. A CIPE foi considerada pelos enfermeiros como uma linguagem unificadora, quer para a identificação dos focos de cuidados, quer para a construção das intervenções de enfermagem, e consequentes resultados (ICN, 2011).

Quer na UCIN, quer na UCSP o sistema de informação utilizado foi o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), tido como uma aplicação que demonstra de forma objetiva a produtividade e a efetividade dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem. No entanto, as dificuldades quer na aquisição de equipamento informático, quer na formação dos profissionais referente a este sistema, têm sido fatores dificultadores, dificultando a avaliação do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros e os ganhos que dele advém. O SAPE incorpora os focos da criança e do jovem que necessitam da intervenção de enfermagem e as respetivas intervenções, mas os resultados são difíceis de mensurar. Porque o SAPE é um instrumento que carece de aperfeiçoamento articulado e de disseminação a fim de permitir evidenciar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE; MS, 2011).



Quer na UCN, quer no AMP-P, o sistema de registo é o *Sorian*<sup>®</sup>. Este contempla as intervenções de enfermagem, mas não se organiza a partir dos focos nem dos diagnósticos de enfermagem, o que dificulta a organização do processo de cuidados de enfermagem e a sua prestação. A identificação de diagnósticos relativos a um foco de atenção traduz um processo em que se tecem diferentes objetivos para os cuidados, que promovam a assistência ao cliente nas suas transições, em busca de uma reconstrução da sua representação mental do seu estado de saúde. Se não partirmos de um diagnóstico de enfermagem concreto/identificado será difícil avaliarmos o resultado obtido, comprometendo assim, a continuidade de cuidados e consequentemente, os resultados de enfermagem. Pois, esta etapa constitui o fulcro do processo de enfermagem (Bolander, 2001).

Cada vez mais os sistemas de informação são utilizados como ferramentas de trabalho essenciais para a planificação, organização e monitorização da prática clínica, mas um longo caminho se avizinha.

No que se refere à satisfação dos enfermeiros, em nenhum dos locais é feita a avaliação deste elemento de forma sistemática. Existe uma perceção subjetiva, por parte dos superiores hierárquicos, que face à conjuntura social e política que o País atravessa e referem que o nível de satisfação é baixo, o que pode interferir na qualidade do seu exercício profissional (OE, 2011). Outro fator que é pouco considerado tem a ver com as dotações seguras e o que se verifica é que cada vez mais temos um menor número de enfermeiros para um maior número de clientes, havendo um certo retrocesso em relação ao passado próximo. No contexto da operacionalização de intervenções dos prestadores de cuidados, o *European Forum of National Nursing and Midwifery Associations* e a Organização Mundial de Saúde (OMS), reconheceram que na carência de recursos humanos em enfermagem um dos fatores que interferem na garantia de segurança dos clientes, salientando a relação crescente entre a sub-dotação de enfermeiros e a ocorrência de incidentes (ICN, 2006).

Nesta sequência, e de forma a enquadrar uma abordagem facilitadora das dotações em função das necessidades, foram reconhecidos indicadores que nos permitem identificar a dotação adequada de enfermeiros, na assistência à criança e família. No âmbito dos cuidados de saúde primários, em Portugal, estima-se um enfermeiro para 350 famílias (independentemente do número de elementos que constitui cada

família) e no internamento em Pediatria estimam-se 5,01h de cuidados de enfermagem por dia de internamento (OE; MS, 2011). Estes valores devem constituir um princípio orientador da dotação segura de enfermeiros na atualidade.

Em todos os contextos, a formação profissional dos enfermeiros constituiu-se como uma preocupação por parte dos enfermeiros gestores, existindo programas de formação elaborados de acordo com as necessidades de formação identificadas nos diferentes contextos. Mas a sua concretização nem sempre se verificou, muitas das vezes associada à falta de tempo ou desmotivação dos profissionais. O diagnóstico das necessidades formativas foi realizado pelo enfermeiro responsável pela formação em serviço, através da realização de um questionário individual e anónimo.

Por fim, no que se refere às metodologias de organização dos cuidados de enfermagem, de acordo com o RPCEESCJ (OE, 2011), o método individual de trabalho foi o método de eleição. Num dos contextos, havia a preocupação de implementação do método enfermeiro de referência, mas que no momento se alargou a “*equipa de referência*”, ou seja, a equipa de enfermagem que acolhe o RN e sua família é responsável por, no prazo de 48h realizar a colheita de dados e estabelecer diagnósticos e monitorizar o planeamento de cuidados, encerrando os focos aos quais já foi dada resposta.

Os cuidados de enfermagem por enfermeiro responsável (de referência ou enfermagem primária) designados na forma original por “*primary nursing*” respeitam o conceito de cuidados individualizados. Cada cliente está associado a um enfermeiro que possui a responsabilidade pela prestação da totalidade dos cuidados, 24h por dia, durante todo o internamento (Castledine & Llandaff, 1988). Este método garante a avaliação da performance individual, a mensuração do desempenho, a avaliação individual dos efeitos dos cuidados e promove a responsabilidade (Pearson, 1988). O principal objetivo é a humanização dos cuidados e a principal característica é a centralização das tomadas de decisão (Dionne, Moussette, Serralheiro, & Struelens-Galand, 1987). O foco de enfermagem é o cliente pretendendo-se que receba cuidados individualizados de qualidade, nos quais participe tão ativamente, quanto possível (Pinheiro, 1994). Mas como o enfermeiro, designado por «enfermeiro de referência» não pode estar sempre de serviço, trabalha em conjunto com outros que o substituem na sua ausência. A cada

enfermeiro de referência cabe-lhe a responsabilidade de efetuar a colheita de dados, o diagnóstico e a planificação dos cuidados; assegurar a sua continuidade através da elaboração de planos de cuidados; planear a alta desde o momento de admissão; prestar cuidados durante o seu turno de trabalho; transmitir aos outros enfermeiros de toda a informação pertinente e avaliar todas as intervenções de enfermagem realizadas, assegurando a continuidade do plano global de cuidados de saúde (Costa, 2004).

No âmbito da articulação dos cuidados constatou-se que existe uma articulação sistemática, quer com os cuidados de saúde primários, quer com hospitais da área de residência dos clientes, no sentido de maximizar e potenciar a maior rentabilidade do Sistema Nacional de Saúde (SNS), traduzindo-se em ganhos na qualidade dos cuidados prestados e acessibilidade dos clientes, permitindo que a criança e sua família recebam os cuidados necessários mais perto da sua origem.

Os cuidados de saúde primários encontram-se organizados de forma a responder às necessidades das crianças e famílias que aí se dirigem, sendo que cada médico de família tem uma a duas vagas de atendimento permanente para a criança e jovem, para além das consultas de SIP programadas; são realizadas diariamente são realizadas consultas de enfermagem de saúde infantil; os enfermeiros também proporcionam apoio e orientações através do contatos telefónicos, e realizam testes de *Guthrie* no domicílio, com o agendamento da 1ª consulta de enfermagem na UCSP. No entanto, acreditamos na eventualidade desta realidade não corresponder a todas as instituições de cuidados de saúde primários no nosso país.

As atividades realizadas permitiram conhecer os contextos onde prestámos cuidados, compreendendo que de facto a qualidade dos cuidados é uma preocupação transversal a todos as unidades de saúde. Esta preocupação exige simultaneamente o desenvolvimento de capacidades na mobilização dos instrumentos próprios da profissão e dos princípios que norteiam o exercício profissional da Enfermagem, nomeadamente, na implementação de sistemas de informação para o registo e organização dos cuidados de enfermagem que permitam a avaliação e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

## 2.2. Cuidar do RN e a Promoção de Competências Parentais

Os pais no período neonatal confrontam-se com um novo cotidiano, um mundo muitas vezes desconhecido e avassalador. Em que novos papéis e rotinas têm que ser assumidos, exigindo uma aprendizagem constante e uma profunda reconstrução de si próprios.

Ao enfermeiro, por sua vez, exige-se que dê uma resposta efetiva às necessidades dos pais neste processo de transição, pelo que, é premente que enfermeiro identifique as necessidades dos pais, neste caso de RN de termo, na transição para o exercício do papel parental.

Neste sentido, em todos os contextos de prática clínica foi indispensável identificar as necessidades dos pais dos RN de quem cuidámos, e para tal surgiu a necessidade de construir um instrumento de colheita de dados, que permitisse identificar: as necessidades sentidas pelos pais na transição para o papel parental; as propriedades e as condições que influenciaram a mesma (pessoais, da comunidade e sociedade); e os padrões de resposta.

Este instrumento, num primeiro momento, mobilizou o modelo concetual de *Meleis*, mas depois da sua aplicação e análise resolvemos integrar alguns elementos para a avaliação da família preconizados no modelo de *Calgary*, para um conhecimento mais abrangente da estrutura e funcionamento familiar que nos permitisse identificar de forma mais efetiva as suas necessidades (Apêndice II).

Para além do instrumento de recolha de dados inicialmente construído elaborámos também uma grelha de observação para avaliar os comportamentos e as habilidades dos pais na prestação de cuidados ao RN (Apêndice III), baseada no estudo sobre Competências Maternas Auto Percebidas no Contexto da Prematuridade (Marques & Sá, 2004).

Estes instrumentos constituíram-se ferramentas valiosas na avaliação diagnóstica relacionada com as necessidades de aprendizagem dos pais, tal como se pode constatar nos documentos em anexo acerca da Apreciação da Criança e Família numa UCIN e numa UCSP (Apêndice IV e V).

Ao longo do estágio procurámos identificar as necessidades dos pais, através da observação, questionamento e entrevista. As necessidades que emergiram neste processo estavam relacionadas com a falta de conhecimento e aprendizagem de habilidades dos pais, no desempenho do papel parental, nomeadamente:

amamentação; cuidados de higiene ao RN; troca da fralda na incubadora (especificidade da UCIN); cuidados ao coto umbilical do RN; posicionamento do RN; aleitamento artificial; sono do RN; características e competências do RN; teste de *Guthrie*; aplicação de creme barreira no RN; e tipos de choro do RN. E ainda, conflito de decisões com outros elementos da família (avós). As necessidades por nós identificadas representam um exemplo das dificuldades sentidas pelos pais no desempenho do seu papel parental, e que são consubstanciadas pelos estudos, confirmando que este não é de todo um processo fácil. A evidência identifica a necessidade de conhecimento e de ensino no treino nos cuidados ao RN (preparação e conhecimento) e o estudo de Vieira *et al* (2008) refere especificamente que este processo é um fenómeno complexo porque requer a interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e a aquisição de novas habilidades para assumir esse mesmo papel (Vieira, Martins, Macedo, & Guerra, 2008). A necessidade de informação sobre o comportamento esperado do RN (Spielman & Taubman-Ben-Ari, 2009) e a necessidade de demonstração prática para cuidar do RN (Serçekus & Mete, 2010; Smith & Schub, 2011) emergem na evidência como necessidades prioritárias para os pais.

O instrumento de colheita de dados além da preparação e conhecimento dos pais permitiu identificar a perceção dos pais acerca desta experiência (consciência). Na UCIN, a família de quem cuidámos eram pais pela segunda vez e este filho foi desejado e planeado, revelando terem consciência do papel esperado (Apêndice IV). A família da UCSP, apesar de não ter planeado ter filhos considerou que se tornou desejado. No entanto, a consciencialização da situação obrigou-os a fazer outras mudanças, nomeadamente de habitação descentralizando assim, a perceção do processo de transição para a parentalidade para a adaptação concomitante a outra residência (mudança e diferença) (Apêndice V).

A hospitalização do RN (UCIN) constitui-se como um fator dificultador no processo de transição (acontecimento/ponto crítico), pois faz surgir outro tipo de transição, nomeadamente, de saúde-doença (Meleis, 2010), originando sentimentos de medo (doença do RN), ansiedade e receio (Apêndice IV).

Estudos indicam que para os pais, a doença, a sua gravidade, a insegurança, o medo de não serem capazes de cuidarem do seu filho e corresponderem às expectativas dos enfermeiros, podem constituir barreiras ao desenvolvimento do seu

papel parental, (Melnyk, *et al*, 2004; Sabatés & Borba, 2005). Embora os pais reconheçam que a doença da criança precipita uma necessidade de mudança, é evidente que a experiência da hospitalização exige mudanças, particularmente no seu papel parental. Muitos pais relatam que a sua vida e a da própria família gira em torno da hospitalização da criança, gerando perturbações no funcionamento normal da família, incluindo nos papéis parentais (Shilds, 2001; Shudy, *et al*, 2006).

No entanto, no processo de transição para a parentalidade, nos contextos da prática clínica, a maioria dos pais identificou o sentimento de felicidade (Apêndice V), surgindo este como potenciador do sucesso deste processo.

O envolvimento dos pais depende da preparação que detêm e alguns pais referiram que não se sentiam preparados, porque sabiam o que iria acontecer (tinham a perceção), mas na prática não se sentiam capazes para o fazer. Já os pais que detinham experiências anteriores no cuidado a crianças referiram sentir-se mais preparados. *Meleis* (2010) refere que o envolvimento pode ser definido como o grau em que o cliente se encontra envolvido no processo inerente à transição, identificando como exemplos a procura de informação, o uso de modelos e a capacidade de modificar proactivamente determinada atividade. Neste sentido, *Vieira et al* (2008) referem que os pais sentem necessidade de procurar informação de forma a sentirem-se mais envolvidos, principalmente quando não se sentem preparados (*Vieira, Martins, Macedo, & Guerra, 2008*).

No que diz respeito aos recursos da Sociedade/Comunidade (condição de transição), os pais valorizaram o apoio dos familiares e amigos. A partilha de experiências e de conhecimentos incluem os serviços de saúde (centro de saúde e hospital), nomeadamente, em termos de fornecimento de informação, educação e preparação. *Kessler et al* (1985) explicam que o suporte social se refere aos mecanismos pelos quais as relações interpessoais protegem os clientes dos efeitos deletérios do *stress* (*Kessler, Price, & Wortman, 1985*), em que as redes de suporte social “*formal*” abrangem tanto as organizações sociais formais (e.g., hospitais, serviços de saúde, etc.) como os profissionais (e.g., enfermeiros, médicos, etc.) que estão organizados para assistir os clientes necessitados (*Ribeiro, 1999*).

Sendo a família importante no desenvolvimento da criança (*Papalia, Olds, & Feldman, 2001*), emerge a necessidade de a conhecer melhor. Para um acompanhamento o mais personalizado e adequado procedemos a um

enquadramento familiar e social das famílias, mobilizando alguns instrumentos do modelo de *Calgary*, nomeadamente, a *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES II), o GRAFFAR Adaptado, o Genograma Familiar e o Ecomapa (Apêndice V). Enquanto instrumentos de colheita de dados têm a vantagem de apresentar uma visualização mais objetiva das relações entre grupos, pessoas, instituições e avaliar o estatuto socioeconómico (condição de transição), alertando-nos para as relações dinâmicas e instáveis. Os resultados obtidos não foram considerados finais, mas sim dados dinâmicos, flexíveis e que se transformam ao longo do tempo (Nascimento, Rocha, & Hayes, 2005), por isso a sua aplicação deve ser sistematizada. Neste sentido, deixámos o registo feito em SAPE e sugerimos a introdução, nomeadamente do GRAFFAR e da escala das FACES II, pois os restantes já existiam no SAPE da UCSP.

Alguns destes elementos, anteriormente mencionados, podem constituir fatores de risco e de proteção cuja identificação é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem no processo de transição para a parentalidade. Este foi outro dos objetivos delineados neste percurso, pois para além de constituir uma das áreas de intervenção do EESIP (OE, 2011), contribuirá para facilitar a transição para a parentalidade.

O risco é um conceito mais lato que o de perigo e diz respeito à vulnerabilidade da criança (Jorge, *et al.*, 2011). O fator de risco é definido como um elemento que quando presente determina um aumento da probabilidade de surgimento de determinado problema. É um fator que aumenta a vulnerabilidade do cliente ou grupo (Grizenko, *et al.*, 1992). Os fatores de proteção são fatores que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social e podem remover ou minorar o impacto dos fatores de risco (Jorge, *et al.*, 2011).

Durante este percurso a maioria dos fatores de risco identificados estavam relacionados com o ambiente familiar (riscos ambientais), nomeadamente: expectativas não realistas em relação à criança, falta de autoconfiança na prestação de cuidados, famílias muito numerosa em contextos adversos, e a doença física/deficiência parental de um dos cônjuges. Estes fatores foram identificados e analisados, exigindo intervenção do enfermeiro.

A avaliação do processo de vinculação constituiu outro foco de atenção na colheita de dados, para tal foram mobilizados os comportamentos de vinculação pais/bebé,

da autora *Bárbara Wheeler* (Hockenberry & Wilson, 2011). No entanto, não foram observadas alterações na relação de afeto entre os pais e o RN, revelando na maior parte das situações o estabelecimento de uma vinculação saudável.

A construção do instrumento de colheita de dados e a pesquisa bibliográfica constituíram atividades importantes no sentido de promover o aumento de conhecimentos acerca dos comportamentos vinculativos. O enfermeiro ao saber quais são os comportamentos vinculativos está mais desperto para os mesmos e promover a sua estimulação e estabelecimento, e caso não estejam presentes compreender a sua etiologia e intervir.

Em síntese o desenvolvimento do processo de cuidados de enfermagem junto de várias crianças e famílias em diferentes contextos da prestação de cuidados permitiu-nos consolidar conhecimentos e aprendizagens. Efetuámos diagnósticos mediante as necessidades identificadas, perspectivámos resultados e delineámos as respetivas estratégias de ação. A avaliação não só certificou como também regulou o processo de ensino e orientação aos pais.

A visita a uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) revelou-se ser outra atividade importante. O que começou por uma necessidade de conhecer um recurso, acabou por ser impulsionador da reflexão e análise de outros fatores de risco que interferem no processo de transição para a parentalidade.

Fatores sobre os quais ainda não tínhamos feito qualquer pensamento crítico, designadamente: a adolescência, o estado civil e a multiculturalidade. A descrição dos dados e a respetiva análise encontra-se em anexo (Apêndice VI).

De acordo com todos os conteúdos já abordados consegue-se depreender que a transição para a parentalidade é um processo complexo, em circunstâncias ditas normais. Se lhe adicionarmos a adolescência, a monoparentalidade, um estatuto socioeconómico baixo e uma cultura diferente, temos um contexto consideravelmente inibidor para que esta transição ocorra. Cabendo ao EESIP, munir-se primeiro que tudo de conhecimento, para solidamente saber agir.

A gravidez e a maternidade na adolescência parecem ser fatores de risco acrescidos dada a convergência num único momento de duas realidades distintas – estar grávida e ser adolescente. Uma vez que não têm apenas de lidar com os desafios próprios da adolescência, mas também com os inerentes à gravidez e às tarefas da maternidade que se aproximam (Canavarro, 2001). Os resultados de alguns estudos



indicam que a transição para parentalidade é muitas vezes abrupta e complicada para as adolescentes, solteiras, e de baixo nível socioeconómico, e para as suas famílias (Dallas, 2004). Os adolescentes nestas condições geralmente, não têm recursos que lhes forneçam o apoio necessário (Dallas, 2004).

Esta instituição procura ajudar a família a alcançar o máximo de saúde através da criação e aproveitamento de oportunidades para facilitar a aquisição de conhecimentos relativos ao seu desempenho de papéis, neste caso do papel parental (Meleis, 2010). As estratégias implementadas pela IPSS visitada contribuem para a promoção do autocuidado e para o aumento do bem-estar, ampliando assim as competências parentais (Apêndice VI).

Tendo agora, o conhecimento do que precisamos de saber – conhecimento global do processo de transição para a parentalidade e de um modo mais específico das necessidades dos pais (do significado, das expectativas da necessidade de informação, do seu ambiente social e familiar das suas necessidades, e ainda, dos fatores de risco) podemos falar da assistência prestada às Famílias (Meleis, 2010).

As intervenções de enfermagem desenvolvidas proporcionaram conhecimento e *empowerment* aos pais, conduzindo ao restabelecimento da sensação de bem-estar aos mesmos e do RN, através do desenvolvimento de cuidados de enfermagem congruentes com as experiências únicas dos pais envolvidos neste percurso (Meleis, 2010).

Indo de encontro ao referido no subcapítulo 1.1. (Construção de um Projeto de Estágio), a nossa intervenção foi orientada pelo preconizado quer na pesquisa bibliográfica, quer na evidência científica, e ainda, pelos documentos que norteiam a intervenção do EESIP, nomeadamente, o Código Deontológico, o Regulamento das Competências do EE e do EESIP, e o RPCEESCJ.

No sentido de implementar em parceria um plano de saúde promotor da transição para a parentalidade em todo este percurso houve a preocupação de validar as necessidades dos pais, definindo objetivos comuns, transmitindo a informação necessária e assistindo os pais na prestação de cuidados ao RN (Meleis, 2010).

A ação de educação para a saúde foi uma estratégia utilizada, com o objetivo de capacitar os pais (Redman, 2001). Através do ensino, da instrução e do treino de capacidades fornecemos informação de forma a contribuir para o aumento de conhecimentos dos pais face ao seu papel, ajudando-os a descobrir e a interpretar

os sinais do seu filho e a prestar-lhe os cuidados básicos à sua sobrevivência. Facultámos estratégias para interagirem e cuidarem dele e disponibilizámos informação relativa ao ambiente que envolve as crianças (Swendsen, Meleis, & Jones, 2010). Os métodos ativos foram a demonstração (modelagem), a execução com ajuda (o ensaio direto) até obter a realização autónoma (supervisão), dando *feedback* de onde poderiam melhorar, e a definição de metas em parceria (Fujiwara, Kato, & Sanders, 2011).

A negociação foi outra estratégia utilizada, não constituísse a mesma um dos princípios dos Cuidados Centrados na Família. A negociação da parceria de cuidados é considerada por Casey (1995), o nível mais elevado de participação na prática de cuidados. Estes são centrados no cliente e com forte comunicação entre os diversos intervenientes no processo de cuidados, tendo sido uma premissa presente neste percurso (Casey, 1995).

Outras estratégias utilizadas foram a promoção de um local onde os pais pudessem expressar os seus sentimentos e preocupações (Swendsen, Meleis, & Jones, 2010) e a existência de um contato telefónico 24h disponível (Swendsen, Meleis, & Jones, 2010), esta última exequível apenas na UCIN e na UCN (face ao horário de funcionamento da UCSP não era possível).

Todas estas intervenções foram transversais aos diferentes contextos da prática clínica. Não foram todas realizadas do mesmo modo, nem no mesmo *timing* e foram planeadas de forma individualizada e personalizada, adequando-as a cada Família e com as mesmas.

Contudo, existem intervenções específicas de alguns contextos, e.g., na UCSP: o planeamento e a realização de uma sessão de grupo (Fujiwara, Kato, & Sanders, 2011) (Swendsen, Meleis, & Jones, 2010), e a avaliação e registo do crescimento e desenvolvimento infantil de uma criança no seu primeiro mês de vida.

A sessão de grupo foi realizada após termos feito um diagnóstico de situação (Apêndice VII) e identificado uma necessidade comum nos pais que compareciam com os seus filhos nas consultas de SIP. Através de entrevistas informais e de ouvirmos as suas dúvidas e curiosidades, e identificámos que a maioria não sabia como estimular o seu filho em casa.

Face a este levantamento de necessidades foi planeada e realizada uma sessão de educação para a saúde direcionada aos pais, com o intuito transmitir informação

acerca do desenvolvimento da criança, e das estratégias que podiam utilizar para o estimular. Demonstrar o comportamento de um RN a uma mãe inexperiente pode, segundo *Brazelton* (1981) ser tão excitante, como revelador e ajudá-las, reconhecendo a sua angústia, podendo dar-se aqui o início do estabelecimento de uma aliança táctica que em conjunto a capacitará a perceber e a conhecer melhor o seu filho, atribuindo-lhe competência (Brazelton, 1981).

O facto de facilitarmos o cuidado dos pais ao seu filho e apoiá-los nas suas decisões favorece o desenvolvimento de confiança no sistema de prestação de cuidados que, naquela instituição, foram e podem ser prestados (Redman, 2001).

O conhecimento sobre aprendizagem dos adultos tornou-se essencial, e compreender porque e como os adultos aprendem e incorporam um estilo de aprendizagem preferido, foram conteúdos muito importantes para o desenvolvimento da nossa acção enquanto enfermeiros, pois ajudou-nos a aumentar as hipóteses de sucesso na realização do ensino aos pais.

Algumas teorias sobre a educação de adultos baseiam-se na valorização da aprendizagem e experiências anteriores dos mesmos (Russell, 2006). Nesta situação desconhecíamos quem seria o grupo alvo, identificando como limitação o facto de não conseguirmos identificar o estilo de aprendizagem de cada um, pelo que, de modo a colmatar esta limitação, guiámo-nos pela pesquisa bibliográfica e pela evidência científica, enaltecendo assim, a valorização da aprendizagem em detrimento das experiências anteriores.

O conhecimento dos fatores que interferem na aprendizagem dos adultos, foi outro contributo obtido, entre vários a motivação. Os adultos aprendem melhor quando sentem necessidade de conhecer a informação (Russell, 2006), e vontade para aprender (Redman, 2001). Consideramos, que face ao tempo que se fazia sentir no exterior no dia da sessão (foi um dia de chuva e vento), as mães que compareceram na formação encontravam-se motivadas.

O intuito desta sessão foi cumprido, face aos resultados obtidos, aumentando o sentimento de confiança de cuidar dos seus filhos, aumentámos os conhecimentos, o que se pode constatar através das respostas obtidas nos questionários de avaliação (indicadores de resultado) (Apêndice VII).

No que se refere à avaliação e registo do crescimento e desenvolvimento infantil de uma criança no 1º mês de vida. Durante 5 semanas, participámos e realizámos

todas as consultas de enfermagem de SIP a uma criança e sua família (desde o 5º dia até 1 mês e 9 dias de vida). O que permitiu avaliar o seu crescimento e desenvolvimento de forma gradual e sistemática, possibilitando a aplicação dos pressupostos do Programa-Tipo de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2005), realizando as respetivas orientações antecipatórias, fruto de um processo e não de mero débito de informação. Foi um processo construtivo quer para os pais, na aquisição de conhecimento e habilidades, quer para nós, pois implicou pesquisa e gestão de informação. Para além disso, possibilitou a deteção de alguns desvios fisiológicos e passíveis de correção através de medidas simples (Apêndice V). A aplicação da escala de *Mary Sheridan* modificada (Sheridan, 1993) revelou-se útil por constituir um fio condutor para o que é espectável no desenvolvimento infantil “*normal*”, mas também por dar ênfase à deteção de sinais de alarme na criança. Revelando-se importante não só por ser uma das directrizes do Programa – Tipo de Actuação (DGS, 2005), mas principalmente, por ser uma área de intervenção do EESIP (OE, 2011).

Na nossa intervenção ao nível das consultas de enfermagem de SIP tivemos oportunidade de proporcionar a muitos pais orientação antecipatória, procurando informá-los sobre os comportamentos comuns e previsíveis das suas crianças e sobre o desenvolvimento de competências que são esperadas para a idade das mesmas, pois participámos e realizámos várias consultas a crianças dos 0 aos 10 anos de idade. Avaliámos crescimento e desenvolvimento destas crianças, procurando sempre cumprir a

valorização dos cuidados antecipatórios como factor de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental; e a detecção precoce e encaminhamento de situações passíveis de correcção e que possam afectar negativamente a saúde da criança. (DGS, 2005, pg.6).

Com a intervenção adequada em Equipa obtivemos resultados comportamentais que indicaram que houve suficiência de papel parental. Houve situações em que aplicámos a grelha de observação após ensino, instrução e treino dos/com os pais (Apêndice III), o que nos permitiu identificar e compreender a eficácia da nossa intervenção, constatando a resolução dos diagnósticos identificados. E, se estes comportamentos foram produzidos podemos considerar que o processo decorreu de forma saudável.

Ao longo de todo este percurso a comunicação e a interação constituíram ferramentas basilares para a integração da realidade e interiorização de papéis (Swendsen, Meleis, & Jones, 2010), mas também para a aquisição e desenvolvimento das competências de EESIP (OE, 2011).

Contudo, a transição para a parentalidade é um *continuum* inacabado, porque a parentalidade é uma condição permanente. A partir do momento em que a ela se acede, a mesma estará em constante mutação, cada estágio de desenvolvimento dos filhos exige aos pais uma adaptação nas suas expectativas (Cruz, 2005).

A transição aconteceu, houve adaptação, integração de novos papéis. Fomos promotoras e facilitadoras deste processo, mas a parentalidade persiste ao longo do ciclo vital. No entanto, contribuímos para que nesta fase do ciclo vital os pais adquirissem conhecimentos e aprendessem capacidades em cuidar dos seus filhos atingido assim a capacidade parental (ICN, 2011).

### **2.3. A Relação Terapêutica e os processos de Tomada de Decisão**

A posição ocupada pelo enfermeiro na equipa de saúde, face a outros profissionais, pode ser considerada privilegiada e única. Pois desenvolve um contacto próximo com os pais e com a criança nos primeiros meses de vida, e ainda por possuir a capacidade de interligação com diferentes profissionais de saúde. Esta razão é fundamental para fomentar uma intervenção efetiva, baseada nos princípios de uma relação terapêutica (Soares, 2008).

O desenvolvimento da relação de ajuda entre o enfermeiro e a família é fundamental em todo o processo de parceria de cuidados e motor impulsionador de autonomia por parte dos pais. Segundo Phaneuf (2005), a presença, a vontade de não julgar, o reconhecimento do valor e da autonomia do outro, a centralidade no cliente, a escuta e a consideração positiva são aspetos preliminares de uma relação terapêutica (Phaneuf, 2005).

Uma relação, tal como enunciado por Manoukian & Massebeuf (1995), significa o encontro de duas pessoas, em que é estabelecida uma comunicação direcionada para um objetivo (Manoukian & Massebeuf, 1995).

Ao longo da prática clínica o objetivo foi o de partilha de sentimentos, de necessidades e dificuldades, e a procura de soluções que facilitassem o processo de transição para a parentalidade. Para esta relação acontecer, o enfermeiro e a família

devem conhecer-se e respeitar-se, havendo aceitação, o “respeito e aceitação são a chave para a abertura de uma relação significativa e calorosa, numa convivência terapêutica” (Phaneuf, 2005, p. 322).

A partilha de emoções através da comunicação entre duas pessoas contribui para a autorrealização, através desta interação o cliente descobre o seu eu autêntico, as suas possibilidades, e neste caso partilha as suas dificuldades (Phaneuf, 2005), pelo que, durante este percurso de estágio procurámos desenvolver uma relação terapêutica com os Pais, assumindo-a como estratégia de intervenção.

Ao nível dos cuidados de enfermagem, a promoção da relação de ajuda inicia-se com o acolhimento do RN e dos pais. O acolhimento aos pais facilita o estabelecimento de confiança na equipa de enfermagem que cuida do seu filho. Após o acolhimento é necessário traçarmos um plano de intervenção específico através da realização de um plano de cuidados, tendo em conta a motivação e o conhecimento prévio dos pais.

O *empowerment* conduziu-nos à partilha de poder com os pais, à sua autodeterminação e contribuiu para que assumissem a responsabilidade pelas suas tomadas de decisão, e.g., a decisão de quando cuidar do seu RN, de quando lhe pegar ao colo, de quando o visitar, etc.. Tornando-os capazes de controlar o seu processo de transição para a parentalidade à medida que possuíam um maior conhecimento sobre o mesmo.

A relação estabelecida entre o enfermeiro e os pais/família, através da comunicação e da interação, durante a prestação de cuidados, na UCIN, nas consultas de vigilância de saúde da criança, e na UCN foi essencial para o sucesso da intervenção.

No dia-a-dia surgiram interações que não eram constructos de uma relação terapêutica, e.g., a explicação de algo, o esclarecimento de uma questão. Mas quando passou a existir partilha, procura de soluções perante uma “situação emocionalmente carregada” (Phaneuf, 2005, p. 325), surgem os elementos que possibilitam o estabelecimento duma relação terapêutica.

A análise e reflexão sobre estes momentos de interação revelaram ser uma atividade muito importante. Porque, a área relacional enquanto intervenção terapêutica para os enfermeiros apresenta um grande potencial de desenvolvimento, no sentido da necessária profissionalização e identificação dos reais ganhos para a

saúde dos clientes e suas famílias. Atualmente acredita-se ser essencial dar uma maior visibilidade, à intervenção relacional de enfermagem considerando-a como elemento terapêutico (Pereira, 2010).

Pesquisadores têm apontado que a relação terapêutica depende da reciprocidade entre o enfermeiro e o cliente. A partilha mútua de informações pessoais e a presença física do enfermeiro tem sido identificada como uma fonte de conforto para o cliente (Mottram, 2009). Um estudo de *Landy et al* (2012) aborda a experiência de algumas mães acerca da sua relação com as enfermeiras, evidenciando o quão importante a relação é. Esta relação terapêutica traduz-se não por lhes dizer o que fazer, mas por fazê-las sentirem-se ligadas a alguém e confiantes (padrões de resposta). Por lhes darem reforço positivo em relação às suas competências parentais, identificando a enfermeira como alguém em quem podem confiar.

Neste percurso procurámos reconhecer que os pais dirigem a sua própria vida e nós ajudamo-los a identificar o que desejam atingir (Landy, Jack, Wahoush, Sheehan, & MacMillan, 2012).

Ambos os estudos coadjuvaram a sedimentar o que a pesquisa bibliográfica enuncia como relação terapêutica. Esta promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com os pais, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudá-los a serem proactivos na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2002).

A reflexão sobre a nossa prática fez com que tenhamos em consideração, o que não tínhamos até à data aquando da interação com os pais. Permitindo-nos assim, compreender o que sustenta verdadeiramente uma relação terapêutica.

É no aumento destes conhecimentos e na reflexão acerca do que fazemos e do que poderemos fazer melhor, que crescemos quer enquanto pessoas, quer enquanto profissionais. Pelo que, podemos constatar que quer os momentos de interação, quer os de reflexão, foram momentos de desenvolvimento profissional, aprofundando o nosso conhecimento e comportamento na relação com os outros no âmbito do cuidar.

No que se refere aos processos de tomada de decisão dos pais, o percurso de prática clínica permitiu-nos analisar a nossa tomada de decisão clínica nos cuidados de enfermagem prestados.

A escolha dos itens a incluir no instrumento de colheita de dados, o planeamento dos cuidados, a escolha de que cuidados antecipatórios prestar num dado momento, a decisão do que dizer perante uma questão ou partilha dos pais, a elaboração do programa, etc. Foram muitas as escolhas, são muitas as decisões que o enfermeiro tem de tomar na sua prática diária, tendo de ser uma decisão autónoma, mas acima de tudo consciente e devidamente fundamentada.

O processo de tomada de decisão é assim, um processo de apreciação, diagnóstico, formulação de objetivos, escolha da ação, validação, execução, em que todo este processo é documentado nos registos. A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática, identificando as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente ou do grupo (família e comunidade) (OE, 1998). Após efetuada a identificação da problemática dos pais, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

A autonomia dos profissionais de enfermagem, tal como referido por Abreu (2007) “decorre do reconhecimento por parte da sociedade de que a enfermagem enquanto disciplina e profissão coloca o utente no centro da atenção e os seus interesses como ponto de partida para a tomada de decisão” (Abreu, 2007, p. 28), pois o exercício da autonomia profissional implica muitas vezes tomar decisões.

Para que a enfermagem seja uma profissão autónoma é imperativo assumir os riscos inerentes às tomadas de decisão, e que cada um de nós exerça a sua responsabilidade com base na deontologia profissional, chamando a si a defesa dos direitos dos clientes ao seu cuidado (OE, 1998).

Para uma tomada de decisão consciente o pensamento crítico é um componente essencial, porque apoia os enfermeiros na identificação dos pressupostos, valores e crenças numa determinada situação ou contexto. Os enfermeiros precisam do pensamento crítico a fim de serem profissionais seguros, competentes e habilitados. O ritmo de desenvolvimento do conhecimento requer que estes sejam pensadores críticos (Alfaro-Lefevre, 1996) porque “o pensamento crítico em enfermagem, permite fazer julgamentos baseados na evidência com a máxima objectividade, baseando-se no método científico e utilizando estratégias que permitem maximizar todo o potencial humano do cliente” (Alfaro-Lefevre, 1996, p. 169).



A complexidade das situações clínicas apela aos enfermeiros serem capazes de usar de forma conscienciosa e prudente a melhor evidência na tomada de decisão (Botelho, 2010). Mais uma vez a reflexão e a pesquisa da melhor evidência científica permitiram perceber se neste percurso as decisões tomadas foram as mais acertadas, e quando não o foram, compreendê-lo e procurar conhecimento para que numa próxima situação possamos saber ser e fazer melhor.

#### **2.4. Desenvolvimento de um Programa de Intervenção de Enfermagem na promoção das competências parentais**

A possibilidade de estagiar no local onde exercemos funções constituiu uma mais-valia para este percurso. Dando-nos a oportunidade de elaborar uma estratégia de resposta ao problema real inicial que nos levou a enveredar por este caminho, designadamente, a existência de um número significativo de pais que se dirigem a um serviço de urgência por insegurança no desempenho do seu papel parental.

O período de estágio no AMP-P e na UCN constituíram momentos essenciais para elaborar a proposta do programa de intervenção de enfermagem na promoção de competências parentais a implementar.

A escolha da UCN deveu-se ao fato de ser o serviço com o qual articulamos aquando da necessidade de internamento de crianças no período neonatal, e por se encontrar fisicamente no mesmo espaço que o serviço de puerpério, comungando da mesma chefia. Tal condição permitiu-nos através da observação e da entrevista à Enf.<sup>a</sup> Chefe conhecer a realidade dos cuidados ao RN que nascem nesta instituição, e que intervenções os enfermeiros realizam para dar resposta às necessidades dos pais no cuidar do mesmo.

As estratégias desenvolvidas a nível do puerpério e UCN são o ensino antecipatório aos pais de forma individualizada e/ou de acordo com as dúvidas que sentem; sessões de ensino aos pais em grupo no sentido de promover a troca de experiências, existindo uma lista orientadora das temáticas a abordar. Tivemos oportunidade de observar e participar num destes momentos, considerámo-la uma estratégia importante, tendo em conta a adesão dos pais e as dúvidas esclarecidas.

Outra estratégia existente no serviço de puerpério e UCN é o telefonema pós-alta (*follow-up* de enfermagem) onde o enfermeiro avalia o estado da mãe e do RN (estado geral, alimentação, eliminação, sono e repouso), questionam dúvidas ou

dificuldades aos pais e esclarecem-nas, realizando ensinamentos e indagam a necessidade de um novo telefonema.

Os internamentos são muito curtos, a informação que se quer dar é muita, por vezes excessiva. Estudos indicam que entre o quinto e décimo dia após o parto é quando as preocupações dos pais surgem relacionadas com a saúde da criança e a aprendizagem dos seus cuidados (Vieira, Martins, Macedo, & Guerra, 2008). O que nos levou a pensar sobre o que poderemos oferecer aos pais aquando do momento de sentirem esta necessidade de informação, além do serviço de urgência, nesta instituição.

Assim, a entrevista e a observação permitiram conhecer melhor a realidade da instituição ao nível da assistência aos pais aquando do nascimento de um filho.

O desenvolvimento e implementação de programas que visem o acompanhamento das famílias neste momento de transição tornam-se de primordial importância. Sendo que a implementação e gestão de um plano de saúde promotor das competências parentais surge como unidade de competência específica do EESIP (OE, 2011), assim como, o planeamento de programas de melhoria continua uma unidade de competência do EE (OE, 2011).

A proposta de intervenção focaliza-se, não tanto na resolução imediata dos problemas, mas antes na criação de respostas sustentadas de forma a facilitar o processo de transição para a parentalidade.

Tornou-se importante perceber quais os principais motivos efetivos que levam os pais de crianças até um mês de idade ao AMP-P. Primeiro, para não correremos o risco de não ser um problema real (e sim uma mera especulação empírica) e depois, para podermos dar uma resposta efetiva aos mesmos. Pelo que, procedemos à identificação destes motivos, através da consulta dos processos clínicos das crianças com idade inferior a um mês de idade admitidas no AMP-P no ano de 2011, após termos solicitado o respetivo pedido de consulta e este ter sido devidamente autorizado. Os processos clínicos de todas as crianças que recorreram no ano de 2011 ao serviço AMP-P foram-nos facultados pelos Recursos Humanos da instituição, e um a um identificámo-los. Foi um trabalho árduo, que levou cerca de um ano a realizar, e tal só foi possível tendo em conta a antecedência que este percurso de estágio foi planeado (Apêndice VIII).

Depois de termos realizado esta atividade, identificámos como principais motivos a obstrução nasal no RN (os pais referem receio de não saberem se a criança está a respirar bem), seguindo-se do choro inconsolável/persistente (associado a irritabilidade), e em terceiro lugar temos a icterícia neonatal (na maioria das vezes, os pais sabem detetar quando agrava ou quando se mantém, recorrendo a este serviço para se assegurarem de como está a evoluir). Este último é o responsável pela maioria dos internamentos dos RN na UCN. Outro dos motivos de ida ao AMP-P é regurgitação, os pais verbalizam sentir dificuldade em saber a diferença entre a criança bolçar e vomitar.

Os motivos identificados vão de encontro aos estudos feitos e publicados neste âmbito. Num estudo sobre a Gestão de bebés em situação de emergência em hospitais da comunidade (Jiménez, París, Pereda, Matamala, Merillas, & Bustos, 2011), e noutro acerca das Situações Neonatais num Departamento de Emergência Misto (Ung, Woolfenden, Holdgatem, Lee, & Leung, 2007), os principais motivos de ida ao serviço de urgência são icterícia, dificuldade respiratória, problemas de alimentação, choro e alterações do padrão intestinal. Em Portugal, um estudo feito no Hospital Garcia de Orta identifica que os principais motivos de ida à urgência foram obstrução nasal, alterações do trânsito intestinal, bolçar, choro, lesões da pele e mucosas e icterícia, que corresponderam, na grande maioria dos casos, a situações de dúvidas acerca do cuidar do RN (Cunha, Nunes, Nunes, & Azeredo, 2007), o que vai realmente de encontro à realidade por nós identificada.

Partindo deste diagnóstico de situação, que poderá ser consultado mais pormenorizadamente em anexo, procedemos à determinação dos objetivos a atingir, ao planeamento das atividades e à identificação dos indicadores de avaliação para medição válida da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Apêndice VIII).

Com base na evidência científica acerca da melhor intervenção do enfermeiro, no âmbito da transição para a parentalidade, tal como mencionado no subcapítulo 1.1., a mesma passou pela elaboração de uma proposta de intervenção que se concretizasse através da otimização do *site* da instituição, procedendo à alteração dos conteúdos referentes ao cuidados ao RN criando novo *link* – “Apoio à Parentalidade – O Nosso Filho nasceu e Agora?”, e da criação de um endereço eletrónico direto, com a hipótese de marcação de um momento de esclarecimento e

instrução. Através das TIC o enfermeiro pode aumentar o acesso dos novos pais a conhecimentos úteis e dar apoio, indo de encontro às expectativas dos mesmos (Fletcher, Vimpani, Russell, & Keatinge, 2008).

Diagnosticámos assim, uma situação que pode afetar negativamente a vida da criança e que afeta o processo de transição para a parentalidade, e providenciámos uma estratégia de enfermagem promotora da majoração dos ganhos em saúde, amplamente suportada pela evidência científica.

A intencionalidade deste programa será a de fornecer às famílias um recurso para que possam desenvolver o seu papel parental, com segurança e tranquilidade, apoiados em profissionais de saúde diferenciados e especializados.

## **2.5. Outras Experiências relevantes**

Neste percurso de estágio existiram experiências, fora do âmbito da área do projeto, que contribuíram analogamente para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional. O aproveitamento de todas as oportunidades para a aprendizagem sempre foi, é e será uma máxima na nossa vida.

A experiência vivenciada na UCIN no âmbito da neonatologia foi muito importante. A prematuridade e a forma como é vivenciada a transição para a parentalidade numa UCIN dão uma outra dimensão ao processo de aprendizagem e à forma de lidar com esta transição.

De acordo com o padrão da natureza das transições (Meleis, 2010), estas podem ser únicas (transição para a parentalidade) ou múltiplas e a transição de Saúde-Doença surge em concomitância com a em estudo. Esta situação foi tida em conta, e constituiu uma aprendizagem importante, pois nunca tínhamos cuidado de RN prematuros e o contato com os pais neste contexto teve outra envolvimento.

A aprendizagem por parte dos pais é muito mais lenta, porque a interiorização de todo o processo é muito mais difícil. A aceitação do acontecimento (nascimento prematuro), da imagem do RN, do ambiente da unidade, a gestão de sentimentos negativos (incerteza, a separação do RN, etc.) surgem como fatores que tornam este processo mais difícil. *Wigert et al* (2006) descrevem momentos chave no processo de transição para a parentalidade quando se trata de RN pré-termo, sendo eles, o parto, a separação precoce, a primeira visita à UCIN e a participação dos pais nos cuidados (Wigert, R., M., & A., 2006).

Os enfermeiros são elementos presentes também nos primeiros contatos entre os pais e o RN prematuro, tornando-se elementos importantes para o ajustamento inicial da tríade familiar (pai/mãe/RN) neste contexto. Assim, prestámos cuidados a estas famílias, a estas crianças e o EESIP é o profissional de saúde que tem de ser capaz de intervir na promoção da saúde destas crianças e suas famílias. Ao incrementar medidas promotoras do desenvolvimento do RN, intervindo precocemente com os pais, e reforçando os comportamentos vinculativos da tríade (OE, 2011).

O Grupo de Ajuda Mútua implementado na UCIN verificou-se ser uma estratégia de intervenção do enfermeiro no sentido de facilitar o processo de transição para a parentalidade destes pais, na partilha e gestão de sentimentos. Pudemos participar num destes momentos e foi gratificante perceber pelas verbalizações dos pais como estavam a viver a sua situação, cada uma diferente e tão semelhante ao mesmo tempo.

No âmbito da dor, na UCIN tivemos a oportunidade de conhecer outras escalas de avaliação da Dor, nomeadamente, a Escala EDIN (*Echelle Douleur Inconfort Nouveau-né*) e a N-PASS (*Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale*). O que contribuiu para o aumento de conhecimentos neste âmbito.

Durante este percurso de estágio foram ainda publicadas novas *guidelines* da DGS acerca de novas orientações técnicas sobre o controlo da dor nos RN (DGS, 2012) estando sempre atentas à atualização de conhecimentos através das novas políticas de saúde.

A VD concorre também para a intervenção bem-sucedida do EESIP, conhecer os contextos mais próximos onde a família vive permite que os enfermeiros detetem as necessidades, os recursos e os apoios de que a família poderá dispor e que poderão ajudar a fazer face às dificuldades apresentadas (Peterson & Luze, 2007). Esta foi uma das intervenções que realizámos na UCC, designadamente, no seguimento de vigilância de saúde de alguns RN.

Nas situações em que não era possível a realização do diagnóstico precoce na UCSP, procedíamos à VD na UCC. Em que, para além do procedimento, avaliávamos o RN e da puérpera, encaminhávamos os pais para a primeira consulta de enfermagem e médica de SIP na UCSP, esclarecíamos dúvidas e detetávamos

necessidades. Este processo traduziu uma boa articulação entre a UCSP e UCC dando resposta às necessidades dos pais e rentabilizando recursos.

Na UCSP tivemos oportunidade de prestar cuidados às crianças no âmbito da Vacinação. Promovemos o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV) e realizámos ensinamentos aos pais que acompanhavam a criança no sentido de prevenirem a dor e o desconforto, proporcionando bem-estar à criança.

A utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor na criança fora uma das necessidades sentidas, tanto na vacinação como nas consultas de enfermagem de SIP aquando da realização do teste do diagnóstico precoce.

Na vacinação das crianças optámos pelos métodos de distração ou pela utilização do brinquedo significativo com fins terapêuticos. Relativamente aos latentes, utilizámos a amamentação ou a sucção não-nutritiva associada ao método canguru como técnicas não farmacológicas no alívio da dor (DGS, 2012). De acordo com um estudo do IAC (2006), a maioria dos Centros de Saúde manifesta preocupação com a dor desencadeada pelas intervenções dos profissionais (93,3%). Contudo, ainda não existem procedimentos protocolados para o alívio da dor na realização do diagnóstico precoce (80,9%) e na vacinação (57,3%) (IAC, 2006).

Participámos também na Saúde Escolar, outra área de intervenção do EESIP na qual nunca tínhamos participado.

Através da UCC pudemos visitar duas escolas, conhecer as crianças. Numa das escolas existiam duas crianças com doença crónica, com necessidades especiais, encontrando-se integradas/incluídas na escola. A escola possuía a ergonomia necessária às suas limitações motoras e dispunha dos recursos humanos necessários.

Convocámos os pais para deixarem na escola o boletim de vacinas para serem validadas as vacinas, de acordo com o PNV, e solicitámos autorização para as crianças que possuíssem alguma vacina em atraso pudessem ser vacinadas. Pelo que, participámos assim, na Campanha de Vacinação.

As crianças são vulneráveis e necessitam de proteção para que se façam cumprir os seus direitos, sendo indispensável identificar os períodos e as condições determinantes de vulnerabilidade e risco (Marinheiro, 2002). A estratégia de intervenção segundo o grau de risco permite organizar e planear os cuidados de saúde de modo a que, embora assegurando os cuidados a todos, se privilegiem

aqueles que têm maior grau de risco, assim esta estratégia permitiu que as crianças que apresentassem boletim de vacinas desatualizado (maior risco de contraírem determinada doença) pudessem tê-lo atualizado.

A aquisição e a atualização de conhecimentos contribuindo para a autoformação desempenham um papel preponderante para o desenvolvimento. É um dos meios para operar a mudança, alcançar o aperfeiçoamento pessoal e profissional, e para identificar outras necessidades de conhecimento. Como referem Martins e Franco (2004) “formar-se significa antes de mais, crescer, e se é inquestionável a presença da formação em todas as facetas da vida, a nível profissional é condição *sine qua non* para a valorização e aumento de competências da pessoa” (Martins & Franco, 2004, p. 7).

Assim, recorreremos a todos os meios disponíveis e a todas as áreas do conhecimento com o objetivo de promover a saúde da criança, família e comunidade mas concomitantemente, desenvolver as competências necessárias ao desempenho de funções de EESIP.

### **3. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS**

Os contextos de prática clínica tiveram um contributo significativo para o desenvolvimento das nossas competências profissionais. Os locais de estágio por onde passámos permitiram adquirir formação científica e técnicas adequadas e atuais, aliadas aos valores humanos e ajustadas às expectativas de quem em nós confia. Matos (1997) refere que a realização de estágios têm o intuito de desenvolvimento de capacidades para a prática diária, pois permitem a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências pretendidas para o seu desempenho.

As aprendizagens feitas permitiram-nos desenvolver competências a dois grandes níveis. Ao nível do domínio da melhoria contínua da qualidade com o desempenho de um papel dinamizador na criação de um programa de intervenção de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; e ao nível da assistência à criança com família, na maximização da sua saúde estabelecendo com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da parentalidade (OE, 2011). Mas também, ao nível do desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo de intervenção de SIP e na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança (OE, 2011).

No sentido de desenvolvermos estas competências investimos ao nível da organização dos cuidados de enfermagem em SIP, do cuidar do RN, na promoção de competências parentais, na relação terapêutica, nos processos de tomada de decisão e no desenvolvimento de um programa de intervenção de enfermagem na promoção das competências parentais, que para além de constituírem os subcapítulos anteriores, são as principais dimensões da nossa intervenção.

A (re)construção do nosso conhecimento consciencializou-nos para a realidade da organização dos cuidados de enfermagem, um dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade, acerca dos principais elementos que a constituem de acordo com o RPCEESCJ (OE, 2011). Cada vez mais os SIE são utilizados como ferramentas de trabalho essenciais para a planificação, organização e monitorização da prática do enfermeiro, e possibilitam a documentação eletrónica dos dados recolhidos/produzidos no contexto da prestação de cuidados de enfermagem.



Para que os dados sejam utilizados por outros nos mais diversos contextos, torna-se necessária a utilização da terminologia unificada de enfermagem à escala global, capaz de representar os problemas do cliente em todos os contextos clínicos e que constitua referência para a comunicação dos enfermeiros entre si e destes com os outros profissionais de saúde, e a CIPE surge como tal.

No contexto da documentação eletrónica, tornou-se imperioso saber descrever os efeitos que os seus juízos clínicos e as intervenções tiveram no cliente e família e proceder à sua reformulação com base no processo de enfermagem, dando visibilidade às suas competências (ICN, 2011).

Na atualidade os sistemas de informação na prestação de cuidados de saúde estão em plena evolução e são influenciados por múltiplas mudanças, o que torna necessário ter disponíveis SIE capazes de se afigurarem como instrumentos promotores de uma utilização da informação centrada, não na informação pela informação, mas na informação para a qualidade.

As TIC permitem melhorar o acesso, custo e qualidade dos cuidados de saúde, suportam a documentação sistemática dos cuidados e permitem que todas as informações sejam guardadas para que possam ser acedidos e analisados para avaliar a qualidade dos cuidados prestados e gerar novo conhecimento (ICN, 2011). No entanto, outros instrumentos da profissão de enfermagem foram mobilizados neste percurso, nomeadamente, relação de ajuda, comunicação, criatividade, destreza, observação, entrevista, processo de enfermagem, trabalho em equipa e os registos.

Ao EE cabe também, o aprofundamento do conhecimento e a aquisição de competências num domínio da compreensão do cliente e dos processos de transição em que se encontra. Num amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas, conduzindo a intervenções de elevado nível de adequação às suas necessidades. Mas, pretende-se que o EESIP seja percebido como um perito na conceção e gestão dos cuidados à criança e família, já que detém um entendimento profundo sobre as respostas dos mesmos aos processos de vida e problemas de saúde.

Neste sentido, acreditamos que durante o percurso de prática clínica fomos capazes de implementar soluções adequadas às necessidades da criança e dos pais, efetuando o diagnóstico, prescrevendo as intervenções e fazendo a sua avaliação.

As terapêuticas de enfermagem foram mobilizadas considerando os elementos que constituem as transições, procurando sempre o sentido e a intencionalidade colocada nas intervenções de enfermagem (Meleis, 2010), nomeadamente, a construção de instrumentos de colheita de dados e o seu aperfeiçoamento, a mobilização de outros instrumentos já existentes (e.g., o Modelo de *Calgary*, exigiu estudo sobre o que era e como se aplicava), a transmissão de conhecimentos e de experiência através da educação para a saúde (ensino, instrução e treino), da demonstração, execução e supervisão, e ainda da negociação.

Esta experiência respeitou ainda, os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível, tal como enunciado no RPCEESCJ (OE, 2011), no sentido de encontrar respostas inovadoras para as necessidades dos pais, através das práticas de cuidados, promotoras das competências dos pais para cuidar dos seus filhos.

Na assistência à criança e sua família foi crucial ainda, uma sólida formação pessoal e ética, baseada na Declaração dos Direitos Humanos, na Declaração Universal dos Direitos da Criança, Carta Europeia das Crianças Hospitalizadas e no Código Deontológico. Só assim, atingimos a auto capacitação e confiança dos pais (capacidade parental - domínio e mestria) e concomitantemente, a melhoria das nossas capacidades e habilidades enquanto EESIP (domínio e mestria nesta área específica – nova identidade – EESIP).

As modificações positivas que se verificaram no estado de saúde de cada criança e familiar, pode assim ser considerado um ganho em saúde (Pereira, 2004), especificamente: ganho em conhecimento, ganho expresso em bem-estar, em desejo de reassumir o seu papel, ganho em independência e ganho em aprendizagem de capacidades sobre cuidar do seu filho (ICN, 2011).

*Benner* (2001) no seu estudo relativo às competências de perícia dos enfermeiros distingue as competências relacionais, referentes à função de ajuda e as competências da área da formação, estas relacionadas com a função de educação e orientação.

A função de ajuda é um dos domínios dos cuidados de enfermagem e pressupõe a criação de um ambiente adequado ao estabelecimento de uma relação, no sentido

de promover no cliente uma nova esperança e a capacidade de compreender e aceitar a sua situação (Benner, 2001).

A função de educação e orientação inclui o saber de qual o momento em que o cliente está pronto a aprender, ajudá-lo a interiorizar as implicações da sua situação e saber compreender como este a interpreta (Benner, 2001), o que consideramos ter cumprido e respeitado, ao longo deste percurso.

Mas tal só foi possível através da pesquisa e reflexão da nossa intervenção, aumentando o nosso conhecimento sobre os elementos integradores de uma relação terapêutica (presença, não julgar, escuta, consideração positiva, respeito e aceitação), melhorando o nosso comportamento na relação com o outro no âmbito do cuidar em enfermagem, constituindo um valioso contributo para a nossa prática diária.

A construção da proposta do programa permitiu-nos otimizar a resposta da equipa de enfermagem a um problema real identificado e a gerir os recursos com vista a otimização da qualidade dos cuidados de enfermagem, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade através de uma tomada de decisão autónoma, consciente e fundamentada, aumentando a nossa competência.

Por fim, no que se refere ainda ao desenvolvimento profissional, foi possível desenvolver o auto conhecimento e a assertividade, baseando a nossa prática diária especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Para tal, as experiências vividas, assim como as relações estabelecidas com profissionais, crianças e famílias foram de extrema relevância, complementando-se através da análise crítica e reflexiva. Pois, a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem é atribuída à experiência profissional, prática clínica reflexiva e os momentos de aprendizagens formais, todos em uníssono.

O trabalho desenvolvido ao longo deste percurso possibilitou que, perante as situações com que nos deparamos diariamente no nosso quotidiano profissional, possamos apelar ao capital de conhecimentos adquiridos, à capacidade de compreensão humana, à inteligência, à criatividade, ao poder de decisão, à reflexão das práticas de cuidados mais significativas e ao acompanhamento constante das políticas de saúde, principalmente, das relacionadas com infância, juventude e família.

Como aspetos facilitadores deste percurso salientamos a receptividade das equipas multidisciplinares dos diferentes locais e a diversidade de experiências resultante desses mesmos contextos.

O principal condicionante foi essencialmente o recurso temporal, o processo formativo, concomitante à vida profissional e pessoal implicou uma grande capacidade de gestão desse mesmo tempo originado alguns constrangimentos, nomeadamente, não conseguir abarcar todos os domínios do EESIP de igual modo (algo que já o tínhamos previsto e por isso estabelecemos prioridades), e ainda, conhecer o grupo alvo da formação em grupo, nas suas características individuais. Outro ponto fraco identificado foi a consciencialização do número de vezes que tendemos a formular juízos de valor, mas “a paixão gera determinação, e esta pode dispensar juízos de valor.” (Brazelton, 2010). A reflexão na ação e sobre a ação levaram-nos a rever a prática desenvolvida repensando-a à luz dos novos subsídios, colhidos ao longo deste percurso, tendo sido fulcral os momentos de orientação tutorial e os seminários que constituíram situações determinantes neste sentido.

Assim, ao longo do presente relatório de estágio, cada atividade refletida e contextualizada traduz o que considerámos ter tido um impacto particularmente significativo no nosso agir profissional e pessoal, possibilitando o desenvolvimento de competências e concomitantemente, melhorar a qualidade de vida das famílias através da sua capacitação. Sendo evidenciada a importância de uma prática sustentada nos seguintes princípios: pensamento crítico; facilitação; *empowerment*; prática baseada na evidência e qualidade dos serviços de saúde prestados.

Porque ser EESIP é ter um conhecimento aprofundado no domínio de enfermagem de SIP, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Demonstrando julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências clínicas relativas a um campo de intervenção especializado (OE, 2007).

E, é nesta premissa que pretendemos continuar a crescer, pois o desenvolvimento profissional é uma transição inacabada, tal como a Transição para a Parentalidade.

## 4. CONCLUSÃO

A elaboração de um projeto de intervenção na área da SIP contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Parte de cada um, da sua experiência, da identificação das suas necessidades e a sua concretização deu-se ao longo do percurso formativo do estágio.

Quer este percurso, quer a elaboração deste relatório constituíram um desafio na capacidade de pesquisa, no desenvolvimento de conhecimentos e de aquisição de competências. A passagem em vários locais de assistência à criança e sua família permitiu-nos consolidar conhecimentos, apreender diferentes abordagens no cuidar da criança e dos pais, mas também transpor saberes já adquiridos da prática clínica quotidiana para a nova realidade.

Na sociedade atual, em constante evolução, os cuidados de saúde assumem uma relevância cada vez maior, quer a nível técnico e científico, quer pela crescente exigência de qualidade e informação por parte da população em geral (Vieira, 2008). O cuidar em enfermagem de SIP tem acompanhado essa corrente de evolução, assumindo uma perspectiva holística da criança, onde se valoriza o papel dos pais nas decisões, nas responsabilidades e no cuidado dos seus filhos.

A formação através da metodologia de projeto apela à necessidade do enfermeiro traçar objetivos e surge como resposta possível à necessidade de desenvolvimento de competências profissionais, as quais permitem enfrentar os desafios de um meio em constante mutação, assumindo nele um papel dinâmico. Verifica-se assim, a necessidade de cuidados mais adaptados à unicidade humana, que reconheça nos pais, o direito de participar ativamente na implementação de estratégias relativas à saúde (Pereira, 2010).

Assim, prestámos cuidados de enfermagem, valorizando todos os intervenientes, perspetivando os acontecimentos como únicos, atendendo aos recursos disponíveis e à realidade familiar, socioeconómica, cultural, espiritual e de saúde da criança e da família. A capacidade de liderança, de comunicação, de relacionamento interpessoal, a aceitação da crítica foram aspetos que pautaram o nosso desempenho, assim como, a motivação e empenho, permitindo a nossa evolução. Nós próprias vivenciámos uma transição, mobilizámos recursos e crescemos pessoal e profissionalmente.

O EESIP tem um papel primordial nos cuidados antecipatórios, na preparação para a mudança de papéis e na adaptação aos mesmos, prevenindo os efeitos adversos das transições nesta fase da vida da criança e família. A educação para a saúde, os cuidados antecipatórios e a capacitação dos pais devem guiar a nossa prática, no âmbito das competências parentais, da família no cuidado à criança e da comunidade, permitindo assim alcançar os objetivos antes delineados.

Um dos desafios do futuro passa pela consciência e desenvolvimento do saber e de competências próprias; pela valorização das intervenções autônomas baseadas na evidência, na investigação; e pelo reconhecimento das competências adquiridas.

Pre vemos num futuro próximo, numa dinâmica de permanente desenvolvimento profissional dar continuidade aos projetos iniciados em contexto de estágio. Mobilizando os saberes, as experiências e as competências resultantes deste percurso académico. Dando ênfase à proposta de programa de intervenção na promoção de competências parentais, de forma a poder prestar cuidados especializados de enfermagem à criança e sua família. E, no futuro, apostar na investigação, de modo a avaliar de forma sistemática se as intervenções no âmbito deste programa promoveram o alcance de um potencial máximo de bem-estar dos pais que dele forem alvo, facilitando assim, o seu processo de Transição para a Parentalidade.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. (2007). *Emprendorismo em enfermagem: da autonomia à definição de projectos de sucesso*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. C. (2005). *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.
- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychology* , pp. 709-716.
- Alfaro-Lefevre, R. (1996). *Pensamento crítico em enfermagem: um enfoque prático*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Aston, M. (Jul-Ago de 2002). Learning to be a normal mother: empowerment and pedagogy in postpartum classes. *Public Health Nursing* , 19 (4), pp. 284-293.
- Barros, L. (2001). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção de Desenvolvimento. In M. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e Maternidade*. (pp. 271-282). Coimbra: Quarteto.
- Barroso, J., & Canário, R. (1999). *Centros de Formação de Associação de Escolas – das expectativas às realidades*. . (l. d. Educacional, Ed.) Obtido em 2013, de Repositorio do Minho: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/362/7/TeseVirg%C3%ADlio4-Parte%20I%20Cap1.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bolander, V. (2001). *Sorensen & Luckman Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica* (1ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Botelho, R. (2010). Evidência e Ética. *Pensar Enfermagem*. , 14, p. 1.
- Bowlby, J. (2002). *Apego e Perda*. (3ª Ed ed., Vol. 1). São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B. (1981). Demonstrating Infants' behavior. *Children today* , 10 (4), p. 5.
- Brazelton, T. B. (2010). *O Grande Livro da Criança – o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (12ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da Gravidez e Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Casey, A. (1995). Partnership Nursing: Influences on involvement or informal carers. *Journal of Advanced Nursing* , 22, pp. 1058-1062.
- Castledine, G., & Llandaff, B. M. (1988). *A prática da Enfermagem: O processo de Enfermagem*. Lisboa.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transition: a nursing concern. *School of Nursing Departmental Papers* , pp. 237-257.
- Correia, L., & Serrano, A. (2000). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce – Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família*. Porto : Porto Editora.
- Costa, J. (Outubro de 2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Millenium - Revista do ISPV* , 30, pp. 234-251.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade* (1ª Edição ed.). Coimbra: Quarteto.
- Cunha, J., Nunes, F., Nunes, M., & Azeredo, P. (2007). Recém-nascidos na Urgência Pediátrica Hospitalar. *Acta Pediátrica Portuguesa* , pp. 235-240.
- Dallas, C. (July/August de 2004). Family Matters: How Mothers of Adolescent Parents Experience Adolescent Pregnancy and Parenting. *Public Health Nursing* , 21, pp. 347–353.
- DGS. (18 de Dezembro de 2012). Obtido em 2012 de Dezembro de 23, de Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias): <http://www.dgs.pt/>
- DGS. (2004). *Plano nacional de saúde 2004/2010 – volume I - prioridades*. Obtido em 2012 de Abril de 28, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns-vol1.pdf>
- DGS. (2005). *Saúde infantil e juvenil: Programa-tipo de actuação. Orientações técnicas*. Obtido em 28 de Abril de 2012, de Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>
- Dionne, D., Moussette, D., Serralheiro, M., & Struelens-Galand, B. (Mai/Juin de 1987). Le pour et le contre. *Nursing Québec* , 7 (3), p. 32.
- Domian, E., Baggett, K., Carta, J., Mitchell, S., & Larson, E. (September/October de 2010). Factors Influencing Mothers' Abilities to Engage in a Comprehensive Parenting Intervention Program. *Public Health Nursing* , 27, pp. 399–407.



- Doohar, J., & Byrt, R. (2005). A critical examination of the concept of empowerment. In J. Cutcliff, & H. McKenna, *The Essential Concepts of Nursing* (pp. 109-123). Philadelphia: Elsevier.
- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes: The state of science* (2ª ed.). USA: Jones & Bartlett Learning.
- Driscoll, J. (2002). Paradigms for assessment: women's knowledge and skill attainment. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* , 27, pp. 288–293.
- Ferreira, M., & Costa, M. d. (Outubro de 2004). Cuidar em Parceria: subsídio da vinculação pais/bebê pré-termo. *Revista do ISPV* , pp. 51-58.
- Fletcher, R., Vimpani, G., Russell, G., & Keatinge, D. (2008). The evaluation of tailored and web-based information for new fathers. *Child: care, health and development* , 34, pp. 439–446.
- Fujiwara, T., Kato, N., & Sanders, M. (9 de February de 2011). Effectiveness of Group Positive Parenting Program (Triple P) in Changing Child Behavior, Parenting Style, and Parental Adjustment: An Intervention Study in Japan. *Journal of Child and Family Studies* , pp. 804-813.
- Gage, J., Everett, K., & Bullock, L. (2006). Integrative Review of Parenting in Nursing Research. *Journal of Nursing Scholarship* , pp. 56-62.
- Gonçalves, I., & Serrano, T. (2005). Desenvolvimento de competências na formação dos enfermeiros. In I. Sá-Chaves, *Os “Portfólios” Reflexivos (também) trazem gente dentro. Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos*. (1ª ed.). Porto: Porto Editora.
- Grizenko *et al* (1992). Vigilância e problemas de saúde de crianças não inscritas num centro de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* .
- Halford, W., Petch, J., & Creedy, D. (Outubro de 2009). Promoting a Positive Transition to Parenthood: A Randomized Clinical Trial of Couple Relationship Education. *Society of Prevention Research* , pp. 89-100.
- Hattar-Pollara, M. (2010). Developmental Transitions. In A. Meleis, *Transitions Theory: Middle Rang and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (pp. 87-94). New York: Springer Publishing.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª ed.). São Paulo: Elsevier.

- IAC. (2006). *A Dor na Criança - atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde* (1ª ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- ICN. (2011). *Internacional Council of Nurses (Tradução Portuguesa), CIPE Versão 2.0*. Geneve: ICN.
- Jiménez, M., París, E., Pereda, G., Matamala, A., Merillas, M., & Bustos, J. (2011). Manejo de los neonatos en urgencias en un hospital secundario. *Acta Pediatr Esp.* 69(5): , pp. 201-206.
- Jorge, A., Leça, A., Perdigão, A., Laranjeira, A., Menezes, B., Fernandes, M., et al. (Fevereiro de 2011). *Direcção Geral de Saúde*. Obtido em 20 de Novembro de 2012, de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016079.pdf>
- Kawamoto, E. e. (1995). *Enfermagem Comunitária*. São Paulo: EPU.
- Kessler, R., Price, R., & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology* , pp. 531-572.
- Kuo, S., Chen, Y., Lin, K., Lee, T., & Hsu, C. (2009). Evaluating the effects of an Internet education programme on newborn care in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* , 18, pp. 1592–1601.
- Landy, C., Jack, S., Wahoush, O., Sheehan, D., & MacMillan, H. (1 de January de 2012). Mothers' experiences in the Nurse-Family Partnership program: a qualitative case study. *BMC Nursing* , pp. 1-12.
- Larkin, V., & Butler, M. (2000). Motherhood. The implications of rest and sleep following childbirth. *British Journal of Midwifery* , pp. 438–442.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as Competências Individuais e Colectivas*. Alfragide: Edições ASA.
- Machado, M. (2007). Comentário ao artigo “Recém-nascidos na Urgência Pediátrica Hospitalar”. *Acta Pediátrica Portuguesa* , pp. 231-232.
- Mano, M. J. (Maio de 2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência* , pp. 53-61.
- Manoukian, A., & Massebeuf, A. (1995). *La relation soignant-soigné* . Paris: Lamerre.
- Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de Ligação*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Marques, S., & Sá, M. (Março de 2004). Competências Auto-Percebidas no Contexto da Prematuridade. *Referência* , pp. 33-41.

- Martins, C., & Franco, M. (2004). O papel formativo do enfermeiro especialista. *Nursing* , 192, pp. 6-9.
- Matos, E. (Setembro de 1997). A colaboração escola-serviços. *Nursing* , pp. 31-34.
- McIlrath, C. (2005). A concept analysis of facilitation. In J. Cutcliff, & H. McKenna, *The Essencial Concepts of Nursing* (pp. 125-139). Philadelphia: Elsevier.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (3ª Edição ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Rang and Situation Specific Theories in Nursing Reserch and Practice*. New York: Springer Publishing.
- Meleis, A., & Swendsen, L. (1977). Does nursing intervention make a difference? A test of the ROSP. *Communicating Nurs. Res.* , 81, pp. 208–324.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). *Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission*. Nursing Outlook.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (September de 2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science* , 23, pp. 12-28.
- Melnyk, B. et al. (2004). Creating opportunities for parent empowerment: program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics* , 113 (VI), pp. 597-607.
- Mercer, R. (2010). Becoming a mother versus maternal role attainment. In A. Meleis, *Transitions Theory: Middle Rang and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 94-104). New York: Springer Publishing.
- Mercer, R. (2002). *Transitions to parenthood*. NurseweekK.
- Mortensen, O., Torsheim, T., Melkevik, O., & Thuen, F. (Março de 2012). Adding a baby to the Equation. Married an Cohabiting Women's Relationship Satisfaction in The Transition to Parenthood. *Family Process* , 51, pp. 122-139.
- Mottram, A. (15 de Outubro de 2009). Therapeutic relationships in day surgery: a grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing* , pp. 2830–2837.
- Nascimento, L., Rocha, S., & Hayes, V. (Abril-Junho de 2005). Contribuições do Genograma e do Ecomapa para o estudo de famílias em Enfermagem Pediátrica. *Texto Contexto Enfermagem* , 14, pp. 280-286.

- Nelson, A. (2003). Transition to Motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* , pp. 465-477.
- Nyström, K., & Öhrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing* , 46, pp. 319-330.
- OE . (18 de Fevereiro de 2011). Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem* , N.º 35 , 2ª Série, 8653-8655. Diário da República .
- OE. (21 de Abril de 1998). *Código Deontológico do Enfermeiro* . Diário da República.
- OE. (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (18 de Fevereiro de 2011). Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* , 2ª Série. Diário Da República.
- OE. (22 de Outubro de 2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Obtido em 20 de Dezembro de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: [https://membros.ordemenfermeiros.pt/AssembleiasGerais/Documents/AG2011/Ponto7\\_vf.pdf](https://membros.ordemenfermeiros.pt/AssembleiasGerais/Documents/AG2011/Ponto7_vf.pdf)
- OE; MS. (2011). Ordem dos Enfermeiros e Ministério da Saúde. *Guia de recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no SNS – Indicadores e valores de referência* .
- Osório, L. O. (1996). *Família Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança*. Portugal: McGraw-Hill.
- Pearson, A. (1988). *Primary Nursing*. London: Crom Helm.
- Pereira, F. (Julho de 2004). Dos Resumos Minimos de Dados em Enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido. *Ordem dos Enfermeiros* , pp. 13-21.
- Pereira, F. (2009). Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. *Formasau* .

- Pereira, M. (2010). *A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Peterson, C., & Luze, G. (2007). Enhancing Parent-Child Interactions through Home Visiting: Promising Practice or Unfulfilled Promise? *Journal of Early Intervention* , 29, pp. 119–140.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinheiro, M. (Nov/Dez de 1994). Organizar a prestação de cuidados: Uma função/desafio para o enfermeiro chefe. *Servir* , 42 (6), pp. 319-331.
- Redman, B. (2001). *A Prática da Educação para a Saúde* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Russell, S. S. (Outubro de 2006). An Overview of Adult-Learning. *UROLOGIC NURSING* , 26 , pp. 349-370.
- Sabatés, A., & Borba, R. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* . , 113 (VI), pp. 968-973.
- Serçekus, P., & Mete, S. (2010). Turkish Women's perceptions of antenatal education. *International Nursing- Review* , pp. 395-401.
- Sheridan, M. (1993). *Spontaneous play in early childhood – from birth to six years*. London: Routledge.
- Shields, L. (2001). A review of the literature from developed and developing countries relating to the effects of hospitalization on children and parents. *International council of nurses* , pp. 29-37.
- Shudy, M. [. (2006). Impact of pediatric critical illness and injury on families: a systematic literature review. *Pediatrics* , 118, pp. 203-218.
- Silva, A. P. (Janeiro a Abril de 2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir* , 55, pp. 11-20.
- Silva, T., & Silva, L. (2010). Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido Revisão sistemática. *Acta Med Portuguesa* , 23, pp. 437-454.
- Smith, N., & Schub, T. (9 de Dezembro de 2011). Parent Teaching: Parenting Skills –Parents of Newborns and Infants (Birth to 12 Months). *NURSING PRACTICE & SKILL* , pp. 1-5.

- Soares, H. (2008). *“O Acompanhamento da Família no seu Processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenção de Enfermagem”*. UNIVERSIDADE DO PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR. Porto: Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Spielman, V., & Taubman-Ben-Ari, O. (Agosto de 2009). Parental Self-Efficacy and Stress-related Growth in The Transition to Parenthood: A comparison between Parents of Pre-and Full-term Babies. *Heath and Social Work* , 34, pp. 201-212.
- Stern, D., & Stern, N. B. (2000). *O nascimento de uma mãe: como a experiência da maternidade transforma uma mulher*. Porto: Ambar.
- Svensson, J., Barclay, L., & Cooke, M. (1 de September de 2006). The Concerns and Interests of Expectant and New Parents: Assessing Learning Needs. *The Journal of Perinatal Education* , 15 (4), pp. 18-27.
- Swendsen, L., Meleis, A., & Jones, D. (2010). Role Supplementation for New Parents—A Role Mastery Plan. In A. Meleis, *Transitions Theory: Middle Rang and Situation Specific Theories in Nursing Reserch and Practice* (pp. 523-531). New York: Springer Publishing.
- Sword, W., & Watt, S. (Jun de 2005). Learning needs of postpartum women: does economic status matter? *Birth* , 32 (2), pp. 86-92.
- Ung, S., Woolfenden, S., Holdgatem, A., Lee, M., & Leung, M. (2007). Neonatal presentations to a Mixed Emergency Department. *Journal of Paediatrics and Child Health* , 43, pp. 25–28.
- Vieira, A., Martins, C., Macedo, L., & Guerra, M. (Maio a Agosto de 2008). Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: uma revisão da literatura. *Servir* , 56, pp. 146-154.
- Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro: Da compaixão à proficiência*. (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Wigert, H., R., J., M., B., & A., H. (March de 2006). Mother's experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scand J Caring Sci* , pp. 35-41.
- Zahr, L. (1993). The confidence Latina mothers in the care of their low birth weight infants. *Research in Nursing & Health* , pp. 335 - 342.

## **APÊNDICES**